

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem na Promoção do
Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com
Acidente Vascular Cerebral e Família**

Ana Marta Plácido Alves

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

**Intervenções de Enfermagem na Promoção do
Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com
Acidente Vascular Cerebral e Família**

Ana Marta Plácido Alves

Orientador: Professora Maria Emília Brito

Lisboa

2018



Como a vida, que é a sua fonte, os cuidados, e entre eles os cuidados de enfermagem, têm e terão ainda que se procurar.

Como a vida, que alguém disse ser preciso reinventar, há que reinventar os cuidados...

Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restituam um sentido à vida, tanto dos que recebem como do que os prestam

(Collière, 1999, p.350).

Aos meus pais... os meus pilares não só ao longo deste caminho, mas na vida;
Aos amigos que estiveram sempre presentes;
Aos colegas de curso Diana, Julieta e Luís pela partilha e “ventilação de emoções”
tão importante neste caminho;
À Professora Emília Brito pelo acompanhamento, orientação e paciência neste
percurso;
Às Enfermeiras que me orientaram em campo de estágio Alice Ferreira, Elisabete
Antunes e Joana Vieira e a todos os enfermeiros das diferentes equipas;
Às pessoas idosas e respetivos cuidadores familiares pela sua generosidade em
participarem neste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behaviour Pain Scale*

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECOS - Em Casa Observamos Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

MNA - *Mini Nutritional Assessment*

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONSA - Observatório Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG - Sonda Nasogástrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WGO - World Gastroenterology Organisation

WHO - World Health Organization

RESUMO

O envelhecimento populacional a que temos assistido nas últimas décadas tem contribuído para o aumento da prevalência e incidência de doenças crónicas, destacando-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como uma das patologias passível de provocar maior incapacidade para o autocuidado na pessoa idosa.

Considerando o diagnóstico da situação, emergiu que a alimentação da pessoa idosa de um modo geral é pouco valorizada tanto por profissionais como pelas pessoas idosas e famílias. Sendo a alimentação um momento de socialização, essencial à manutenção da vida, quando a pessoa idosa sofre uma situação de doença, como o AVC, pode ver os seus hábitos e a capacidade para se alimentar alterados. Estas alterações podem ser provocadas não só pelo AVC mas também pelo processo de envelhecimento. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto com o objetivo de desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família, assim como contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família, num serviço de medicina.

Foi utilizada a metodologia de projeto, tendo como referencial teórico o quadro conceptual do autocuidado de Dorothea Orem e as transições de Afaf Meleis, tendo por base o cuidado centrado na pessoa idosa e família. Ao longo da implementação do projeto foram realizadas várias atividades, nomeadamente: levantamento das necessidades formativas da equipa através de um questionário, sessões de formação, auditorias aos registos, reflexão das práticas e a construção de um guião de boas práticas na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Com a implementação deste projeto, no serviço de medicina, passou a ser avaliada a funcionalidade da pessoa idosa através da escala modificada de Barthel, assim como a identificação de situações de risco nutricional na pessoa idosa, planeamento de intervenções mais dirigidas a este autocuidado, articulação com a equipa multidisciplinar e sistematização dos registos com vista à continuidade dos cuidados.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem, autocuidado, alimentação, pessoa idosa, Acidente Vascular Cerebral, família

ABSTRACT

The population-ageing that we have witnessed in the last decades has contributed to the increase prevalence and incidence of chronic diseases, highlighting stroke as one of the diseases that might cause greater incapacity for elderly self-care.

Considering the diagnosis of the situation, emerged that elderly eating in general is undervalued by health professionals, elderly and families. Eating is a moment of socialization, essential to the maintenance of life. When an elderly has a disease as a stroke, they suffer a change in their eating habits and in their ability to self-eating, influenced not only by the ageing process but also by the incapacity inherent to stroke.

In this sense a project was developed in order to develop skills as master and advanced care nurse in providing care for elderly, particularly with stroke, and family in self-care eating, as well as contribute to the development of skills of the nursing team, in promoting self-care eating in elderly with stroke and family.

A project methodology was used, taking the conceptual framework of self-care from Dorothea Orem and transitions from Afaf Meleis, based on elderly and his family-centered care. During the implementation of the project several activities were developed namely: a questionnaire applied to the nursing team in order to access to their training needs, several training sessions, audits of the nursing records, reflection on the practices and the construction of a guide of good practices that comprises a set of interventions that aim to promote self-care eating on elderly with stroke and family, in a medical ward.

With the implementation of the project, the nursing team in medical ward, became able to evaluate the functionality of elderly through modified barthel index, as well identify nutritional risk situations in elderly, planning specific interventions that promote self-care eating, articulation of care with the multidisciplinary team and systematize the nursing records for continuity of care.

Key words: Nursing interventions, self-care, eating, elderly, stroke, family

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. A Pessoa Idosa e o Estado Nutricional	16
1.2. A Pessoa Idosa com AVC, com Alteração no Autocuidado da Alimentação e Família	19
1.3. Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família	23
2. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
3. METODOLOGIA.....	32
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	34
4.1. Prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família	34
4.2. Desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família	52
4.2.1. Divulgação do Projeto.....	52
4.2.2. Análise das práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família	52
4.2.3. Orientações para as boas práticas no cuidado à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família	55
4.2.4. Implementação de estratégias adequadas à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.	58
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

ANEXOS

Anexo I – *Mini Nutritional Assessment*

Anexo II – Certificado de Presença na Conferência “Cuidar o Idoso”

Anexo III – Pedido de Autorização para Utilização do MNA

Anexo IV – Pedido de Autorização ao ACES para Utilização do MNA em Contexto Comunitário

Anexo V – Autorização para Utilização do MNA em Contexto Hospitalar

APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento das Atividades

Apêndice II – Estratégia de Pesquisa para a Revisão *Scoping*

Apêndice III – Apresentação do Projeto de Estágio às Equipas

Apêndice IV – Caracterização dos Participantes em Contexto Comunitário

Apêndice V – Grelha de Observação/Identificação de Problemas no Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC

Apêndice VI – Grelha para Registo de Diário Alimentar

Apêndice VII – Plano de Intervenção para a Pessoa Idosa com AVC com Défice no Autocuidado da Alimentação e Família em Contexto Comunitário (exemplo)

Apêndice VIII – Sessão de Formação: “Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA”

Apêndice IX – Avaliação da Sessão de Formação: “Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA”

Apêndice X – Notas de Campo: Contexto Comunitário

Apêndice XI – Notas de Campo: Contexto Hospitalar, Unidade Cérebro Vascular

Apêndice XII – Estudo de Caso

Apêndice XIII – Gráficos com a Caracterização da População Idosa do Serviço de Medicina

Apêndice XIV – Notas de Campo: Contexto Hospitalar, Serviço de Medicina

Apêndice XV – Análise de Conteúdo das Notas de Campo realizadas no Serviço de Medicina

Apêndice XVI – Caracterização da Pessoas Idosas Internadas no Serviço de Medicina com Diagnóstico/Antecedentes de AVC

Apêndice XVII – Graus de Dependência das Pessoas Idosas na Admissão e no Momento da Alta

Apêndice XVIII – Auditoria “Avaliação Inicial” de 28 de novembro de 2017

Apêndice XIX – Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Medicina

Apêndice XX – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice XXI – Análise do Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Medicina

Apêndice XXII – Sessão de Formação: “Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD’s com a Escala Modificada de Barthel”

Apêndice XXIII - Guião de Utilização Prática para Preenchimento da Escala Modificada de Barthel

Apêndice XXIV – Avaliação da Sessão de Formação: “Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD’s com a Escala Modificada de Barthel”

Apêndice XXV – Sessão de Formação: “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC”

Apêndice XXVI – Avaliação da Sessão de Formação: “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC”

Apêndice XXVII – Sessão de Formação Realizada aos Assistentes Operacionais do Serviço de Medicina: “Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”

Apêndice XXVIII – Avaliação da Sessão de Formação: “Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”

Apêndice XXIX – Guião de Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Idosa com AVC com Défice no Autocuidado da Alimentação e Família

Apêndice XXX – Auditoria dos Registos: Escala Modificada de Barthel de 4 de janeiro de 2018

Apêndice XXXI – “Já Avaliaste o Barthel Hoje?!”

Apêndice XXXII - Auditoria dos Registos: Escala Modificada de Barthel de 7 de fevereiro de 2018

Apêndice XXXIII - Auditoria “Avaliação Inicial” de 6 de fevereiro de 2018

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Graus de Dependência no Momento da Admissão e Alta	47
Gráfico 2. Autocuidado da Alimentação: Graus de Dependência na Admissão e Alta	47
Gráfico 3. Identificação do Risco Nutricional: Triagem	48
Gráfico 4. Identificação do Risco Nutricional: Avaliação Global	48
Gráfico 5. Relação entre o Risco Nutricional e a Idade	50
Gráfico 6. Relação entre o Risco Nutricional e os Graus de Dependência	51
Gráfico 7. Evolução dos Registos Relativos à Alimentação/Nutrição na Avaliação da Pessoa Idosa.....	61

INTRODUÇÃO

Assistimos nas últimas décadas ao aumento do envelhecimento populacional um pouco por todo o mundo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). Em Portugal entre 2011 e 2016 verificou-se o decréscimo da população jovem e em idade ativa e o aumento da população idosa¹ (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017). Apesar do aumento da esperança média de vida, esta não significa que os anos vividos sejam com boa saúde, verificando-se o aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas², onde Portugal é o terceiro país da União Europeia com menos anos de vida saudável à nascença (INE, 2016).

Os principais problemas de saúde na pessoa idosa dizem respeito a situações de doença crónica, sendo as doenças cardiovasculares, o cancro, a doença respiratória crónica e a diabetes, as que mais contribuem para o aumento dos custos com os cuidados de saúde, com consequências a nível social, uma vez que, em 2012 foram responsáveis por 38 milhões de mortes em todo o mundo prevendo-se que em 2030 passem para 52 milhões (OMS, 2015).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e as que mais contribuem para o aumento da morbilidade das populações (Ribeiro, Furtado & Pereira, 2013). Em 2013 verificou-se uma prevalência bruta de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC)³ de 1,9%, a maioria homens com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos (14,1%), concluindo-se ainda que a prevalência de AVC aumenta com a idade (Sousa-Uva & Dias, 2014).

Apesar de continuar a ser uma das principais causas de morte em Portugal, entre 2011 e 2015, verificou-se uma quebra de 39% nas taxas de mortalidade por AVC, podendo estar associado ao aumento de fármacos para o tratamento de

¹ Pessoa Idosa - Pessoa com mais de 60 anos, em países em desenvolvimento e com mais de 65 anos em países desenvolvidos (OMS, 2002).

² *Noncommunicable diseases* - Doenças que se caracterizam por serem permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (World Health Organization [WHO], 2003).

³ Estudo realizado em 2013 através de um inquérito telefónico a famílias do ECOS (Em Casa Observamos Saúde) onde um elemento respondia a questões de saúde relativas ao agregado familiar onde houvesse um diagnóstico de AVC. O ECOS é um instrumento de observação criado em 1988, pelo então Observatório Nacional de Saúde (ONSA), com o objetivo de colher dados sobre o estado de saúde e de doença e suas determinantes, na população portuguesa, através de uma amostra de famílias portuguesas com telefone (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2014).

patologias como a fibrilhação auricular, que estão na origem de um elevado número de AVC's (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

A quebra nas taxas de mortalidade, traduz-se no facto de muitas das vítimas de AVC sobreviverem à fase aguda da doença. No entanto, é passível de provocar sequelas físicas e psicológicas, condicionando a pessoa enquanto agente de autocuidado, com impacto a nível social e económico constituindo-se como um problema de saúde pública (Sá, 2009).

A capacidade de comer, desfrutar da refeição e participar nas atividades sociais relacionadas com as refeições, são aspetos importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa e família, bem como na recuperação de doença aguda (Hagglund et al, 2017). No entanto, quando ocorre um AVC esta realidade transforma-se.

As dificuldades na alimentação na pessoa idosa com AVC variam de pessoa para pessoa e com o tipo de lesão provocada, com o ponto comum de que interferem com o quotidiano de cada indivíduo nomeadamente na sua capacidade para o autocuidado⁴, podendo condicionar todo o processo de reabilitação (Perry, Hamilton, Williams & Jones, 2013; Klinke, Wilson, Hafsteinsdóttir & Jónsdóttir, 2013).

Perante o diagnóstico de AVC também a sua família⁵ é afetada vivenciando uma situação de crise, muitas vezes de difícil resolução e desgastante, exigindo uma rápida adaptação (Araújo, Paúl & Martins, 2008). A família pode sofrer alterações nas relações sociais, conduzindo ao isolamento e sentimentos de impotência, uma vez que o seu papel se altera, vivenciando a transição para o papel de cuidador familiar (Kinkle et al., 2013; Silva, Neves, Vilela, Bastos & Henriques, 2016).

Numa fase inicial, partindo do cuidado à pessoa idosa com AVC e família, tinha idealizado abordar a preparação do regresso a casa. No entanto, após uma primeira reunião com os enfermeiros orientadores e responsáveis dos diferentes contextos, percebi que este não era o caminho a seguir, uma vez que algumas das pessoas idosas com AVC são encaminhadas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim, na Unidade Cérebro Vascular de um hospital da região

⁴ O autocuidado consiste na capacidade de cada indivíduo para o desempenho de atividades diárias realizadas em seu benefício com vista à manutenção da vida, saúde e bem-estar. O ser humano é o principal agente de autocuidado pois detém uma capacidade natural para se autocuidar, influenciada pelas aprendizagens, conhecimentos e habilidades que vai adquirindo ao longo da vida (Orem, 1991).

⁵ É fundamental que se encare o conceito de família para “além das fronteiras tradicionais, que restringem os membros ao utilizar critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio. (...) Família é quem seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2010, p. 55).

de Lisboa, foi-me sugerido abordar a temática da disfagia, uma vez que é algo que a equipa desta unidade percebe que é desvalorizado tanto pela pessoa idosa com AVC como pela família. Após ter realizado pesquisa bibliográfica e percebendo que a problemática não se prende apenas com a disfagia, decidi desenvolver o meu projeto no âmbito do autocuidado da alimentação na pessoa idosa de um modo global.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no exercício da prática profissional o enfermeiro

“observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: (...) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física psíquica e social, e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.89).

Assim, tendo em consideração a minha prática de cuidados, bem como o *feedback* das equipas de enfermagem que prestam cuidados na comunidade, na unidade cérebro vascular e no serviço de medicina, este projeto pretende abordar a problemática da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família.

Considerando a minha experiência profissional no cuidado à pessoa idosa e família e partindo do nível de competências atual de competente, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, pretende-se o desenvolvimento de competências no sentido de alcançar o nível de proficiente, uma vez que o nível de perita pressupõe tempo para aquisição de experiências e maturação dos conhecimentos. Assim, atingir o nível de desenvolvimento de competências de proficiente permite avaliar cada situação de forma global, articulando com experiências anteriores e recorrendo a máximas, sendo fundamental compreender cada situação antes de as utilizar. A perceção é fundamental, na medida em que se baseia na aprendizagem através de acontecimentos recentes prevendo consequências. Permite ainda melhorar o processo de tomada de decisão, uma vez que serei capaz de identificar os aspetos e atributos mais importantes em cada situação (Benner, 2001).

Pretende-se ainda o desenvolvimento de competências enquanto mestre, no sentido de exercer uma prática de cuidados baseada na evidência e capacidade de liderança, sem esquecer o desenvolvimento da capacidade reflexiva da prática nas diferentes dimensões da enfermagem, assim como adequar e articular os conhecimentos com outras disciplinas em diferentes contextos, com vista à inovação

e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2014).

Este trabalho desenvolve-se sob a metodologia de projeto, com a finalidade de desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, tendo sido estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Ao refletir sobre a minha prática profissional e após a incursão nos campos de estágio, em entrevista com os enfermeiros, verifiquei que a capacidade da pessoa idosa com AVC para o autocuidado da alimentação é pouco valorizado, quer por profissionais, quer pelas pessoas idosas internadas e famílias. No entanto, este é um problema real que, ao não ser devidamente avaliado e monitorizado pode ter consequências graves. Para além disso, na perspetiva da pessoa idosa com AVC e família, na promoção do autocuidado da alimentação, verificam-se lacunas na intervenção dos enfermeiros, na medida em que o apoio prestado nem sempre vai ao encontro das suas necessidades. Para além disso os planos de cuidados não refletem as dificuldades no autocuidado da alimentação da pessoa idosa com AVC e família, comprometendo não só a qualidade dos cuidados prestados mas também a sua continuidade (Klinke et al., 2013).

Deste modo, o presente relatório pretende demonstrar, numa perspetiva de análise crítica, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que decorreu de 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018. Este percurso teve início numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) durante 4 semanas, posteriormente 4 semanas numa Unidade Cérebro Vascular e finalmente 10 semanas num Serviço de internamento de Medicina.

Este relatório é constituído por um primeiro capítulo dedicado ao enquadramento teórico, fundamentando a escolha desta temática, seguindo-se a

filosofia e concepção da prática de cuidados de enfermagem onde são desenvolvidos os quadros conceptuais do autocuidado de Dorothea Orem e as transições de Afaf Meleis, tendo como linha orientadora o cuidado centrado na pessoa idosa e família. Posteriormente é apresentada a metodologia utilizada no desenvolvimento deste trabalho, seguindo-se a descrição da implementação das atividades e análise dos resultados, as considerações éticas e as considerações finais e perspectivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Pessoa Idosa e o Estado Nutricional

o envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicossociais interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada (Sequeira, 2010, p. 19).

As principais alterações inerentes ao processo de envelhecimento definidas através do acrónimo SPICES, são as perturbações do sono, problemas com a alimentação, incontinência, confusão, quedas e lesões cutâneas (Fulmer & Wallace, 2012).

Este processo é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas caracterizadas por um declínio orgânico, traduzindo-se na progressiva incapacidade do organismo em preservar a homeostase. Verificam-se, entre outras, alterações ao nível do sistema orofaríngeo e gastrointestinal, que podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa (Smith & Cotter, 2016).

Pode-se verificar a detioração dos músculos envolvidos na mastigação, perda de peças dentárias, xerostomia devido a desidratação e efeitos secundários de alguns fármacos, redução do paladar e olfato que podem conduzir à diminuição da ingesta alimentar e hídrica, tendo como consequência a desnutrição e desidratação da pessoa idosa (Smith & Cotter, 2016; Mendes, 2016). As estruturas envolvidas no processo de deglutição vão-se alterando com o envelhecimento, nomeadamente na perda de elasticidade, diminuição da força e da amplitude de movimentos. Para além de alterações nas estruturas, é importante perceber que com a idade a preparação dos alimentos na boca e a deglutição são mais lentos, condicionando também a ingesta alimentar (Sura, Madhavan, Carnaby & Crary, 2012).

Conclui-se assim que o risco de disfagia aumenta com a idade, devido às alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento. As limitações na capacidade de deglutição têm um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que progressivamente, a ingesta alimentar e hídrica vão sendo reduzidas, podendo conduzir à desnutrição e desidratação (Ney, Weiss, Kind & Robins, 2009; Perry et al., 2013; Lindroos et al., 2017).

De acordo com o projeto Nutrition Up 65⁶ (2016) 15% das pessoas idosas portuguesas encontram-se desnutridas. O estado nutricional da pessoa idosa é influenciado por diversos fatores: **ambientais** - habitação inadequada, falta de meios e condições para confeccionar refeições, dificuldade de acesso à aquisição/preparação dos alimentos, falta de apoio de serviços comunitários; **neuropsicológicos** - doenças neurológicas como as demências, diminuição das capacidades cognitivas, depressão e alterações do estado emocional; **fisiológicos** - saúde oral, acuidade sensorial, inatividade/imobilidade, perda de massa muscular, aumento da massa gorda, diminuição da densidade óssea, diminuição da função imunitária, diminuição do pH gástrico e fatores **socioeconómicos e culturais** - baixa escolaridade, marginalização, baixos rendimentos, pobreza, acesso limitado a cuidados de saúde, falta de conhecimentos alimentares/nutricionais, crenças e mitos, institucionalização, elevados gastos de saúde (Barbosa, 2013).

Considerando todos estes fatores, verifica-se com frequência que, aquando da admissão hospitalar, a pessoa idosa já apresenta alterações no estado nutricional (DiMaria-Ghalili, 2016), podendo estar associado à perda de apetite, inerente ao processo de envelhecimento, verificando-se que a prevalência de desnutrição aumenta com a idade. Pode também estar associado a um aporte nutricional inadequado e a doença aguda/crónica. Para além disso algumas pessoas idosas, apesar de manterem o apetite, estão mal nutridas por falta de assistência nas refeições⁷ (Agarwal, Miller, Yaxley & Isenring, 2013; Edwards, Carrier & Hopkinson, 2017).

Todas estas condicionantes, associadas a uma situação de doença aguda ou agudização de doença crónica, com necessidade de internamento hospitalar podem traduzir-se no aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente no aumento com os custos com os cuidados de saúde (Pilgrim & Robinson, 2015; Gomes, Emery e Weekes, 2016; Edwards et al., 2017).

⁶ Projeto *Nutrition UP 65 – nutritional strategies facing an older demography* – pretende melhorar o conhecimento sobre o estado nutricional da população idosa portuguesa, assim como capacitar os profissionais de saúde para a melhoria dos cuidados prestados a esta população com necessidades tão específicas (<https://nutritionup65.up.pt/>).

⁷ Ajuda que é dada à pessoa idosa por outra pessoa para se alimentar ou completar a refeição quando esta é servida (Westergren, Ohlsson e Hallberg, 2001). A assistência nas refeições pode também envolver a aquisição e preparação dos alimentos (Fernández-Barrés et al., 2017)

A perda de peso involuntária pode estar associada não só à doença como também a fatores psicossociais tais como a falta de interesse na preparação das refeições, isolamento e depressão inerente à perda de entes queridos. Tal como referido anteriormente, a desnutrição pode ter causas multifatoriais que necessitam de ser exploradas pelos profissionais de saúde (Gomes et al., 2016).

No entanto, a condição nutricional da pessoa idosa é desvalorizada uma vez que não é convenientemente abordada junto da pessoa idosa e/ou família, contribuindo para que muitas das pessoas idosas desnutridas ou em risco de desnutrição não sejam identificadas (Sauer et al., 2016). Para além disso, a maioria das pessoas idosas internadas não são pesadas e as descrições dos enfermeiros sobre o seu estado nutricional são muitas vezes vagas e inespecíficas (Soderhamn & Soderhamn, 2008).

A identificação e tratamento dos problemas nutricionais da pessoa idosa constitui-se como um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que se encontram numa posição privilegiada para aceder às dificuldades na alimentação da pessoa idosa. Desde o momento da admissão, questões sobre o peso, apetite, ingesta alimentar e hábitos/padrões alimentares devem ser realizadas de modo a identificar problemas como a perda de peso involuntária, alterações do apetite, alterações na quantidade de alimentos ingeridos, problemas na mastigação ou deglutição e outros problemas que podem condicionar a ingesta alimentar (Soderhamn & Soderhamn, 2008; Sauer, Alish, Strausbaugh, West & Quatrara, 2016).

Um modo eficaz de promover a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa é recorrer a um conjunto de diferentes abordagens que devem ser priorizadas: diálogo, observação, vigilância e o trabalho de equipa durante o internamento da pessoa idosa (Soderhamn & Soderhamn, 2008).

Existem vários instrumentos que permitem a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, destacando-se neste relatório o *Mini Nutritional Assessment (MNA)* (Anexo I) uma vez que é um instrumento exclusivo para a população idosa, estando validado para a população portuguesa (Loureiro, 2008). É composto por seis questões iniciais de triagem e uma segunda parte para avaliação global composta por doze questões (Nestlé Nutrition Institute, 2017), permitindo a identificação do risco nutricional da pessoa idosa antes de surgirem alterações visíveis, possibilitando uma intervenção atempada, evitando o declínio nutricional (Nestlé Nutrition Institute, s/d).

1.2. A Pessoa Idosa com AVC, com Alteração no Autocuidado da Alimentação e Família

As alterações demográficas assim como os progressos tecnológicos que contribuem para um mundo cada vez mais globalizado, têm influenciado os estilos de vida das populações principalmente nos países desenvolvidos. Têm-se verificado alterações nos estilos de vida, que contribuem para o aumento das doenças cardiovasculares, o que, associado ao aumento da longevidade, tem como consequência uma maior exposição das pessoas aos fatores de risco⁸ durante mais tempo (WHO, 2017).

As doenças cardiovasculares englobam um conjunto de doenças cardíacas e vasos sanguíneos, correspondendo 80% a enfarte agudo do miocárdio e AVC (WHO, 2016). Estes são eventos agudos provocados principalmente por um bloqueio (normalmente devido à deposição de gordura dentro dos vasos sanguíneos ou coágulos) impedindo a chegada de sangue ao coração ou ao cérebro. O AVC pode também ser provocado pela rutura de um vaso sanguíneo no cérebro podendo assim ser classificado como isquémico ou hemorrágico, tendo como consequência défices neurológicos, que podem ser temporários ou permanentes. Caracteriza-se por ser um episódio súbito acompanhado de alterações neurológicas⁹ que se prolonga por 24 horas, sendo o mais frequente o isquémico (Sands & Maxwell-Thompson, 2003).

Os défices neurológicos inerentes ao AVC têm consequências que podem ser nefastas para a pessoa idosa, afetando-a na sua capacidade para o autocuidado obrigando a pessoa idosa a vivenciar várias transições (saúde-doença, independência-dependência) simultâneas ao processo de envelhecimento, que por si só é uma transição de desenvolvimento. Neste sentido, para além das dificuldades na alimentação inerentes ao processo de envelhecimento, quando surge uma doença como o AVC, pelos danos neurológicos já referidos, estas limitações podem agravar-se. Comparando as dificuldades na alimentação inerentes ao processo de envelhecimento com as dificuldades resultantes da incapacidade provocada pelo

⁸ Fatores de risco nas doenças cardiovasculares: tabagismo, má alimentação, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, hipertensão arterial, diabetes e dislipidémia (Sands & MaxwellThompson, 2003; WHO, 2016).

⁹ Principais sintomas de AVC: hemiparesia ou hemiplegia, disfagia, disartria, afasia, parestesias, diplopia, apraxia, agnosia, alterações de memória, labilidade emocional, perda da capacidade de raciocínio e concentração (Sands & MaxwellThompson, 2003).

AVC, conclui-se que as maiores dificuldades na alimentação prendem-se com as alterações provocadas pelo AVC (Jacobson, Axelsson, Osterlind & Norberg 2000).

A maioria dos estudos focam-se na problemática da disfagia, que é, na realidade, uma das complicações mais comuns do AVC, sendo que 42-67% das pessoas com AVC apresentam disfagia (World Gastroenterology Organisation [WGO], 2014). Apesar da maioria recuperar a função normal de deglutição no primeiro mês após o AVC, alguns mantêm a disfagia para além de seis meses (Sura et al., 2012) tendo como complicações aspiração (50%), desnutrição (45%) e pneumonia (35%). A disfagia também pode ser iatrogénica, sendo por isso importante perceber qual a causa para que se possam delinear as intervenções de modo a reduzir as complicações (Ney, et al., 2009).

No entanto nem sempre é fácil identificar os sinais e sintomas de disfagia principalmente nas pessoas idosas com AVC que não conseguem comunicar ou com alterações cognitivas (disartria, demência, afasia) (Ney et al, 2009). Alguns sinais e sintomas de disfagia passam pela dificuldade em iniciar a deglutição, deglutição repetitiva, regurgitação nasal, tosse, fala anasalada, “babar”, diminuição do reflexo da tosse, engasgo, disartria e diplopia, halitose e pneumonias recorrentes (WGO, 2014).

Apesar das consequências que advêm da disfagia, este é um problema pouco valorizado pelas pessoas idosas com AVC e pelas famílias, sendo necessário questioná-los sobre o seu comportamento durante as refeições de modo a identificar alguns sinais de alerta (Ney et al., 2009). Apenas metade das pessoas com disfagia reconhecem a existência de alterações na deglutição, apresentando dificuldade na identificação dos sintomas não reconhecendo o problema. Posto isto, os profissionais não podem basear-se apenas no relato da pessoa idosa com AVC e família, sendo fundamental avaliar a deglutição (Parker, Power, Hamdy, Bowen, Tyrrell & Thompson, 2004).

A avaliação da deglutição na pessoa idosa com AVC deve ser realizada nas primeiras 24h após o AVC não devendo ir para além das 72h, antes de qualquer administração via oral (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017; Burgos et al., 2018). No entanto, só 6% das pessoas com diagnóstico de AVC são submetidas a esta avaliação (Sivertsen, Graverholt & Espehaug, 2017). Caso seja identificado algum problema na deglutição a pessoa deverá ser encaminhada para um especialista na área (Burgos et al., 2018).

Para além da disfagia, as dificuldades na manipulação da comida no prato, no transporte da comida à boca, na manutenção do estado de alerta, dificuldade na mastigação e dificuldade em adotar/manter a posição sentada, afetam a pessoa idosa com AVC no autocuidado da alimentação (Jacobson et al, 2000; Westergren et al., 2002; Westergren, 2006, 2008; Medin, Windahl, Arbin, Tham, & Wredling, 2011).

Vários estudos mostram que são comuns as dificuldades na alimentação após o AVC, relacionadas com a alteração do estado de alerta e o comportamento alimentar aberrante. Estas dificuldades podem estar associadas à perda de peso e ao declínio nutricional, assim como ao desenvolvimento de úlceras por pressão e mortalidade nos 6 meses seguintes (Jacobson et al, 2000; Westergren, Unosson, Ohlsson, Lorefalt, & Hallberg, 2002; Westergren, 2006, 2008, Medin et al., 2011).

Para além disso, 27% das pessoas idosas com AVC apresentam baixo índice de massa corporal (IMC), 23% perda de peso não intencional e 38% necessitam de ajuda durante a refeição (Westergren, Lindholm, Mattson & Ulander 2009) sendo que nos primeiros 10 dias de internamento, a proporção de pessoas com AVC desnutridas ou em risco de desnutrição aumenta significativamente de 9% para 65% (Mosselman, Kruitwagen, Schuurmans & Hafsteinsdóttir, 2013).

Assim, também a avaliação do estado nutricional e de hidratação da pessoa idosa com AVC é fundamental (OMS, 2005; NICE, 2017) de modo a identificar não só sinais de alerta, mas também as causas e fatores de risco, com vista ao planeamento e implementação de intervenções adequadas (Wirth et al., 2013; DiMaria-Ghalili, 2016) destacando-se a importância da observação comportamental da pessoa idosa com AVC durante a refeição (Ney et al., 2009; Medin et al., 2011).

No entanto, a falta de conhecimentos sobre nutrição por parte dos profissionais de saúde, a falta de comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e não envolver a pessoa idosa e família na prestação de cuidados, constituem-se como barreiras a esta avaliação (Soderhamn & Soderhamn, 2008).

Para que seja possível garantir cuidados de qualidade à pessoa idosa com AVC, o enfermeiro deve estabelecer uma relação de parceria “com o cliente no planeamento do processo de cuidados” assim como envolver “os conviventes significativos do cliente individual” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002, p.12).

Os cuidadores familiares devem ser envolvidos na prestação de cuidados nomeadamente na identificação, prevenção e tratamento da desnutrição da pessoa

idosa (Marshall, Bauer, Capra & Isenring, 2013), prevenindo também o declínio funcional das pessoas idosas dependentes (Pilgrim & Robinson, 2015) uma vez que apresentam dificuldades na execução das atividades básicas de vida diária (ABVD) necessitando de ajuda na alimentação (Fernández-Barrés et al., 2017).

Para além da avaliação do estado nutricional, é importante avaliar as dificuldades na alimentação da pessoa idosa com AVC uma vez que está diretamente relacionado com graus de dependência¹⁰ mais elevados (Westergren, 2006; Mizrahi, Arad, Weiss, Leibovitz & Adunsky, 2013), aumentando o risco de desnutrição (Fernández-Barrés et al., 2017). Existem poucos estudos sobre as dificuldades no autocuidado da alimentação na pessoa idosa após AVC (Medin et al., 2011). No entanto, ter em consideração o défice neste autocuidado de forma global é uma forma diferente de encarar o problema da alimentação na pessoa idosa com AVC, que demonstra a complexidade das dificuldades práticas que a pessoa idosa e família enfrentam no dia-a-dia. Estas limitações provocam sentimentos de medo, vergonha, alterações na auto-imagem e nas relações sociais, contribuindo para que o momento da refeição seja perturbador, o que muitas vezes é desvalorizado pelos enfermeiros (Mizrahi et al., 2013).

Neste sentido, as intervenções não devem focar-se apenas na disfagia, mas também na capacidade funcional da pessoa idosa com AVC (Jacobson et al., 2000;), uma vez que em conjunto podem comprometer o seu estado nutricional, contribuindo para o aumento da morbilidade (Wirth et al, 2013). Relativamente à avaliação da funcionalidade da pessoa idosa com AVC, esta deve ser realizada na admissão, preferencialmente nas primeiras 24-48h de internamento e no dia da alta. Uma das escalas preconizadas para esta avaliação é o Índice de Barthel (Norma nº 054/2011; NICE, 2013). Existe outra versão que é a Escala Modificada de Barthel, que diferencia os graus de dependência (leve, moderada, severa ou total), sendo que a pessoa só pode ser considerada independente com score = 100 (Apóstolo, 2012).

Esta escala avalia o grau de dependência da pessoa para a realização de dez ABVD's: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do sanitário, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Pode

¹⁰ “Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101, de 6 de junho, 2006, p. 3857).

ser preenchido através da observação direta, dos registos clínicos ou pela própria pessoa, avaliando se é independente no desempenho de determinadas tarefas (Norma nº 054/2011; Apóstolo, 2012). Na prática de cuidados esta avaliação fornece informação importante sobre o grau de dependência global da pessoa idosa mas também em cada ABVD, considerando a pontuação individual de cada atividade, permitindo identificar quais as incapacidades específicas da pessoa e assim adequar o plano de cuidados (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

A incapacidade funcional que resulta do AVC pode classificar-se como ligeira (*score* > 90), moderada (*score* 90-55) ou grave (*score* < 55), consoante a avaliação realizada (Norma nº 054/2011).

Posto isto, o planeamento e implementação de intervenções que promovam o autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC deve basear-se não só nos danos neurológicos, mas também nas necessidades nutricionais e funcionalidade assim como o seu estado de alerta, que irá influenciar a sua capacidade de aprendizagem e adaptação a diferentes estratégias (Westergren et al., 2001).

1.3. Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

As intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família, devem ir ao encontro das necessidades (nutricionais, funcionais e outras) identificadas. Cabe ao enfermeiro o desenvolvimento de protocolos baseados na evidência científica que garantam a criação de um ambiente seguro e agradável no momento da refeição. Preconiza-se a diminuição dos tempos de jejum para realização de exames complementares de diagnóstico/cirurgia; a promoção de uma boa higiene oral permitindo a melhoria do paladar e prevenção de xerostomia; assegurar que a pessoa idosa com AVC tenha assistência no momento da refeição, garantindo também que os alimentos estão ao seu alcance e as embalagens abertas (Sauer et al., 2016).

A falta de energia, traduzida na dificuldade em manter o estado de alerta e a perda de apetite podem ser colmatadas com o fornecimento de suplementos proteicos. Perante alterações na deglutição uma das intervenções prioritárias é a otimização da dieta, articulando os cuidados com a equipa multidisciplinar

nomeadamente a dietista e terapeuta da fala (Ney et al., 2009; Westergren et al., 2009).

Para além das dificuldades decorrentes do AVC, é importante ter em consideração a apresentação visual, o sabor, a temperatura e o odor (um bom tempero, promove a salivação facilitando a mastigação e deglutição), evitar alimentos crocantes ou com grumos, como tostas, sementes, cereais, bolos ou frutos secos, uma vez que se despedaçam facilmente na cavidade oral, dificultando a deglutição; manter a cabeceira do leito elevada durante a refeição e se possível incentivar a realizar levantar para cadeira/cadeirão na hora das refeições. Oferecer os alimentos com uma consistência pastosa, com aparência, aroma e sabor agradáveis e que promovam o prazer, oferecer pequenas quantidades de comida na colher observando a aceitabilidade, preparação e deglutição do alimento. Pode ainda ser necessário recorrer a uma dieta poli-fracionada várias vezes por dia (doses pequenas mais frequentes) (Westergren et al., 2001; Clara, 2009; Ney et al., 2009; Medin et al., 2010; Perry et al., 2013; Kinkle et al., 2013).

Salienta-se ainda a importância de incentivar a pessoa idosa a ingerir pequenas quantidades de comida, comer devagar e concentrar-se na deglutição. Perante uma situação de parésia facial, pode-se encerrar (ou incentivar a pessoa idosa a encerrar) a comissura labial com a mão e promover um ambiente calmo durante a refeição com a redução dos estímulos envolventes (Westergren et al., 2001; Kinkle et al., 2013).

A informação fornecida pelo enfermeiro, nomeadamente na transmissão de estratégias compensatórias, para além de se basear na evidência científica, deve ser adequada às necessidades de cada pessoa idosa tendo em conta os problemas identificados, com especial atenção às que apresentam alteração do estado de alerta e capacidade de compreensão e comunicação (devido a afasia, disartria, entre outros, sem esquecer possíveis alterações ao nível da visão).

No regime totalmente compensatório o cuidador deve colocar-se na mesma altura da pessoa idosa com AVC, posicionando-se do lado do corpo que está comprometido e incentivar a pessoa idosa com AVC a rodar a cabeça para o lado afetado facilitando a entrada do bolo alimentar pelo lado sã. Para além disso deve encostar o queixo ao peito evitando a hiperextensão do pescoço (Ney et al., 2009). É também muito importante permitir que a pessoa tenha tempo para mastigar e deglutir tranquilamente, uma vez que não controla a velocidade da refeição, de modo a evitar

que se sinta forçada a comer depressa (Medin, Larson, Arbin, Wredling & Tham, 2010).

Outro dos aspetos fundamentais na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC é o ambiente em que decorre a refeição. Os enfermeiros devem sempre que possível incentivar a que a refeição decorra numa sala própria (por exemplo o refeitório) promovendo a socialização. Devido à dificuldade que a pessoa idosa com AVC pode apresentar em manter a concentração, o ambiente onde decorre a refeição deve ser adaptado, reduzindo-se os estímulos, incentivando a alimentação garantindo um ambiente confortável, calmo e seguro. Deve-se ainda assegurar que os profissionais/familiares que estão envolvidos na alimentação da pessoa idosa com AVC não sejam interrompidos desnecessariamente (Ney et al., 2009; Perry et al, 2013).

Neste sentido, surge na evidência científica o conceito de *protected mealtimes* com o intuito de reduzir a prevalência de desnutrição durante o internamento hospitalar. Esta é uma intervenção implementada em alguns hospitais que visa proteger o momento da refeição de qualquer interrupção não urgente nas enfermarias, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à alimentação. Assim, todas as pessoas internadas têm tempo suficiente para se alimentarem, com assistência sempre que necessário e sem interrupções. No entanto, não existe ainda evidência científica suficiente que comprove a eficácia desta intervenção na redução da prevalência da desnutrição em contexto hospitalar (Porter, Ottrey & Huggins, 2017).

Verifica-se muitas vezes que os enfermeiros não se envolvem de forma adequada no momento da refeição (observação e assistência), sendo o principal motivo a falta de tempo. Cerca de 11% dos enfermeiros referem não ter tempo para identificar as necessidades inerentes ao autocuidado da alimentação na pessoa idosa e 25% refere não ter tempo para ajudar as pessoas idosas no momento da refeição. A falta de tempo prende-se com o decorrer de outras atividades inerentes à prestação de cuidados tais como a administração de terapêutica, registos, prestação dos cuidados de higiene, posicionamentos e realização de procedimentos complexos. A assistência no momento da refeição acaba por ser proporcionada por familiares, voluntários e pelos assistentes operacionais (Walton et al., 2013; Edwards et al., 2017).

O envolvimento dos familiares é muito importante na medida em que eles próprios, por conhecerem melhor a pessoa idosa, podem trabalhar em parceria com os enfermeiros de modo a encontrarem estratégias eficazes na promoção do autocuidado da alimentação. Por isso os familiares devem ser encorajados a realizar a visita durante a refeição e a participarem neste cuidado. A participação de todos (profissionais, pessoa idosa e família) nos cuidados que envolvem a alimentação da pessoa idosa é fundamental. No entanto, cabe ao enfermeiro fornecer informação adequada tendo em conta cada situação específica e supervisionar os cuidados prestados. Por outro lado, a participação de outros elementos no momento da refeição, pode ser um fator facilitador para que os enfermeiros estejam mais disponíveis para as pessoas idosas que se enquadrem no regime totalmente compensatório ou que precisem de maior supervisão, como por exemplo em caso de disfagia (Edwards et al., 2017).

O enfermeiro deve garantir a implementação e avaliação destas intervenções, registando quais as intervenções e os seus resultados, bem como registar de forma efetiva a quantidade de alimentos ingeridos garantindo a continuidade dos cuidados¹¹ através de planos de cuidados individualizados e planeamento da alta. Esta deve conter instruções específicas relativamente à alimentação/aporte nutricional de modo a facilitar a transição dos cuidados e reduzir os riscos de readmissão (Sauer et al., 2016).

Em suma, verifica-se que os problemas nutricionais podem decorrer do processo de envelhecimento. Acrescentando a este facto, uma situação de doença aguda/doença crónica agudizada com necessidade de internamento hospitalar, como quando ocorre um AVC, agrava o estado nutricional. Para além disso, o estado nutricional precário afeta a capacidade funcional da pessoa idosa, nomeadamente na execução das ABVD's com consequências não só para os serviços de saúde mas também para a sociedade em geral. Assim, perante a desvalorização deste fenómeno ao nível da prática de cuidados, quer pela população quer pelos profissionais de saúde, é fundamental saber identificar este problema e quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do autocuidado da alimentação da pessoa idosa com AVC e família.

¹¹ "Conjunto de ações que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores (...) é um direito da pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas" (Cabete, 1999, p.98)

2. FILOSOFIA E CONCEÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A vivência de uma situação de doença como o AVC implica uma mudança abrupta na vida da pessoa idosa e família, obrigando-os a vivenciar um processo de transição. Esta consiste na passagem de um estado para outro na busca por equilíbrio, sendo um processo desencadeado por uma mudança. Isto é, para a transição estar completa, a pessoa deverá atingir um nível de estabilidade semelhante ao que tinha antes (Meleis, 2010).

Neste sentido, o enfermeiro deve exercer a sua prática de cuidados centrada na pessoa idosa com AVC e família. Esta prática tem como foco a humanização dos serviços de saúde, garantindo que a pessoa e família são o centro dos cuidados (McCormack et al., 2015). Assim, o enfermeiro deve respeitar cada pessoa na sua individualidade, compreendendo que vivencia o processo de doença de forma diferente e única, devendo por isso, ser tratada tendo em conta essa vivência (Gomes, 2009; Brink & Skott, 2013; Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi, 2008).

Através de uma relação de parceria¹², o enfermeiro deve construir um plano de cuidados centrado não só na pessoa idosa com AVC mas também na família. O enfermeiro assume o papel de elo de ligação entre estes e a restante equipa multidisciplinar, trabalhando em conjunto na identificação de situações de risco e planeamento de intervenções adequadas (Sauer et al., 2016). Para isso, a comunicação entre a equipa e a pessoa idosa com AVC e família é fundamental, devendo ser envolvidas no processo de tomada de decisão sobre os cuidados (NICE, 2008).

No sentido de delinear um plano de cuidados centrados na pessoa idosa com AVC e família, é fundamental conhecê-los para além da doença. Deve-se estar atento à narrativa da pessoa idosa e família, através da qual podemos aceder ao modo como vivenciam o processo de doença, as suas expectativas e o significado que lhes atribui (Brink & Skott, 2013). A narrativa é influenciada por aspetos culturais e pessoais relativos ao processo de saúde-doença, estando sujeita à interpretação do

¹² A relação de parceria permite a negociação dos objetivos do projeto terapêutico que vá ao encontro das necessidades da pessoa, democratizando o processo de tomada de decisão, capacitando a pessoa, de modo a assumir um papel ativo nos cuidados (Gomes, 2009).

profissional. O conteúdo da intervenção individualizada não é preparado antes da interação entre a pessoa idosa/família e o enfermeiro, mas uma consequência dessa interação. Deste modo, os enfermeiros devem desenhar as suas intervenções com vista à individualização, em tempo real, à medida que interagem com a pessoa idosa/família, exigindo ao enfermeiro flexibilidade, de modo a conseguir dar resposta a possíveis imprevistos (Lauver et al., 2004, citado por Suhonen et al., 2008).

Ao longo da vida, o ser humano atravessa várias mudanças que desencadeiam processos internos. Estas transições são provocadas por eventos críticos que conduzem a mudanças no indivíduo ou no ambiente, tal como acontece no processo de envelhecimento, sendo esta uma transição de desenvolvimento (Meleis, 2010). Quando as transições afetam a saúde, o bem-estar ou a capacidade da pessoa cuidar de si própria, como acontece quando ocorre um AVC, a pessoa idosa é confrontada com uma transição saúde-doença (Schumacher & Meleis, 1994).

Normalmente as transições são processos complexos, que podem ocorrer isoladamente ou várias em simultâneo. Perante isto, o processo de transição não pode ser reduzido apenas a uma mudança, uma vez que é necessário que a pessoa que a vivencia tenha a perceção de que se encontra perante uma transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Tal como referido anteriormente, perante o diagnóstico de AVC também a família é afetada vivenciando uma transição, verificando-se alterações nas relações sociais. A família vivencia assim uma transição situacional, na medida em que obriga a alteração nos papéis que cada elemento desempenha, (Araújo et al., 2008; Kinkle et al., 2013) uma vez que ainda é sobre a família que recai a função de cuidar da pessoa idosa em situação de dependência (Sequeira, 2010; Silva et al., 2016).

De acordo com Meleis et al. (2000), existem condições pessoais, da comunidade ou da sociedade que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. As **condições pessoais** podem estar relacionadas com os significados que se atribuem aos acontecimentos que precipitam a transição, ou o próprio processo de transição pode influenciar-se a si próprio. Também as crenças e atitudes, o estatuto sócio-económico, a preparação e conhecimento fazem parte das condições pessoais que influenciam o modo como é vivida a transição (Meleis et al., 2000).

As **condições da comunidade**, são os recursos que a comunidade dispõe que facilitam ou dificultam a transição. O apoio por parte de familiares e amigos e o suporte

fornecido pelos profissionais de saúde podem ser facilitadores da transição. Por outro lado a falta de recursos, de informação, de apoio emocional e do planeamento dos cuidados, dificultam este processo (Meleis et al. 2000).

De um modo mais abrangente, também as **condições sociais** podem influenciar o processo de transição. Conhecer o meio onde a pessoa idosa e família se inserem, permite o planeamento de intervenções adequadas às necessidades identificadas. Por outro lado, a marginalização, os estigmas e os preconceitos dificultam o processo de transição (Meleis et al., 2000).

Qualquer transição implica a vivência de um acontecimento crítico expondo a pessoa a uma maior vulnerabilidade e ansiedade. Neste sentido, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para aceder às necessidades psicossociais das pessoas durante as transições, devendo por isso ser o principal promotor do processo de transição, tendo em consideração todas as transições que cada pessoa vivencia (Meleis et al., 2000). O papel do enfermeiro passa por facilitar a transição, através da implementação de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica tendo em conta as necessidades que vai identificando ao longo da transição (Kralik, Visentin & van Loon 2006; Meleis, 2010).

Um dos principais problemas identificados durante a prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC é o défice de autocuidado, que se traduz na incapacidade da pessoa em desempenhar as atividades de autocuidado pessoal devido ao compromisso da função motora, sensorial ou cognitiva (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2012). A teoria do défice de autocuidado (Orem, 1991) assume particular importância quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, como acontece quando surge um AVC. Esta teoria visa a promoção da autonomia da pessoa contribuindo para a melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida. Cada pessoa é considerada agente de autocuidado quando consegue por si só realizar as atividades do autocuidado. Quando não o consegue, torna-se agente dependente de cuidados (Orem, 1991). Cabe ao enfermeiro avaliar o défice de autocuidado com vista ao planeamento e implementação de intervenções adequadas (Foster & Bennett, 2000).

Orem (1991) define três categorias de requisitos para o autocuidado que dizem respeito às ações promotoras de autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde.

Estes requisitos assentam em 3 pressupostos: os seres humanos por natureza têm necessidades comuns no aporte de ar, água e alimentos com vista à manutenção da vida; o desenvolvimento humano desde a concepção à morte requer a formação e manutenção de um conjunto de condições que promovam os processos conhecidos em cada etapa do ciclo de vida e por fim que os problemas genéticos e desvios da integridade estrutural do funcionamento humano, a funcionalidade e o bem-estar comportam requisitos para a prevenção e ações reguladoras para controlar a sua extensão e controlar os seus efeitos (Orem, 1991).

Os requisitos de autocuidado **universais** são comuns a todos os seres humanos em todas as etapas do ciclo de vida, estando associados aos processos vitais que visam a manutenção da integridade e funcionamento humano. São 8 requisitos que representam as classes de ações humanas que produzem as condições internas e externas que mantêm a estrutura e funcionamento humanos, que promovem o seu desenvolvimento: manutenção de aporte de ar suficiente; manutenção de um aporte de água suficiente; manutenção de um aporte de alimentos suficiente; providenciar cuidados associados com os processos de eliminação e excrementos; manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana; prevenção dos perigos da vida e a manutenção do bem-estar humano e por fim a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais de acordo com o potencial humano, conhecimentos das suas limitações e o desejo de ser normal (normal no sentido em que o que é essencialmente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e o talento dos indivíduos) (Orem, 1991).

Os requisitos de autocuidado de **desenvolvimento** estão relacionados com os processos de desenvolvimento humano e com as condições e eventos que ocorrem nas diferentes etapas do ciclo de vida, assim como eventos que podem prejudicar o desenvolvimento humano (Orem, 1991).

Por fim os requisitos de autocuidado de **desvio de saúde** estão relacionados com as alterações na estrutura e funcionamento humana, os seus efeitos e as medidas de diagnóstico e tratamento médico (Orem, 1991).

Quando é efetivo, o autocuidado ou o cuidado dependente, é considerado terapêutico na medida em que serve de suporte aos processos de manutenção da vida e do funcionamento normal, contribui para a manutenção do crescimento e

desenvolvimento normais, previne ou compensa situações de incapacidade ou reforça de forma positiva a saúde e bem-estar. O resultado das ações que visam a satisfação de cada requisito contribuem de maneira diferente para a saúde e bem-estar (Orem,1991).

Perante o déficit de autocuidado identificado, as intervenções de enfermagem podem decorrer no âmbito de 3 sistemas: **sistema totalmente compensatório** - quando a pessoa não consegue ser agente de autocuidado, sendo necessário que seja o enfermeiro a assegurar todos os cuidados; **sistema parcialmente compensatório** - quando a pessoa consegue assumir alguns cuidados e os que não consegue são realizados pelo enfermeiro e o **sistema de apoio-educação** - onde o enfermeiro intervém na capacitação e supervisão da pessoa na realização de todas as ações de autocuidado (Orem, 1991).

O autocuidado é essencial como estratégia de adaptação aos eventos adversos da vida resultando na independência, melhoria dos comportamentos saudáveis, auto-eficácia e diminuição de reinternamentos (Aslani, Alimohammadi, Taleghani & Khoransi, 2016). Baseia-se no aperfeiçoamento de atividades que as pessoas desempenham para benefício próprio com o objetivo de preservar um estilo de vida saudável com vista à manutenção do bem-estar pessoal (Taylor, 2002).

Em suma, a pessoa idosa com AVC e família vivenciam em simultâneo vários processos de transição, onde cabe ao enfermeiro mobilizar todos os recursos necessários com vista à capacitação para o autocuidado. Esta capacitação deverá ter por base intervenções como a educação, mudança de atitude e ênfase/reforço das capacidades da pessoa idosa/cuidador familiar (Aslani, et al., 2016).

Todas as intervenções são planeadas, implementadas e avaliadas em conjunto com a pessoa idosa com AVC e família, no seio de uma equipa multidisciplinar, pois só assim é possível uma transição saudável.

3. METODOLOGIA

A temática do autocuidado na alimentação da pessoa idosa com AVC e família constitui-se como um problema real para a enfermagem, tendo sido escolhida a metodologia de projeto. Esta pressupõe o recurso a técnicas e procedimentos para o estudo de uma determinada realidade, permitindo prever, orientar e preparar o trajeto dos intervenientes ao longo do projeto. Foca-se na investigação, análise e resolução de problemas, assim como no desenvolvimento de capacidades e competências pessoais pela construção de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Desenvolve-se ao longo de várias fases:

Diagnóstico da Situação: realizado ao longo do primeiro capítulo deste relatório.

Definição dos Objetivos: de modo a determinar o que se pretende alcançar no final deste percurso foram definidos objetivos gerais e os respetivos objetivos específicos (Apêndice I).

Planificação das Atividades, Meios e Estratégias: foram planeadas as atividades a desenvolver e os recursos físicos, materiais, humanos e temporais necessários, assim como os critérios de avaliação (Apêndice I).

Execução das Atividades Planeadas: consiste em transpor para a prática as atividades previamente planeadas através do estágio que decorreu em 3 contextos de cuidados diferentes. Nesta fase, algumas atividades foram reformuladas por forma a não comprometer os objetivos definidos. Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família. Para além disso, e à medida que ia tomando conhecimento das implicações desta problemática para a enfermagem, foram realizadas pesquisas também no âmbito da desnutrição na pessoa idosa com AVC e as suas consequências.

A pesquisa foi realizada não só com recurso à biblioteca através de livros e revistas, mas também (principalmente) nas bases de dados nomeadamente a *Medline* e *Cinahl* com as palavras-chave intervenções de enfermagem, autocuidado, alimentação, pessoa idosa, Acidente Vascular Cerebral, família. Para além disso foi contemplada alguma literatura cinzenta, assim como pesquisa livre digital.

Com base na informação recolhida foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice II) com o intuito de mapear a literatura existente sobre a problemática em estudo, permitindo caracterizar o estado de arte da temática à luz da evidência científica atual e que serviu de suporte ao enquadramento teórico deste relatório. Para além disso no dia 15 de dezembro assisti a uma conferência (Anexo II) subordinada à temática: “Cuidar o Idoso” organizado pelo serviço de nutrição e dietética de um hospital em Lisboa, onde foram abordadas temáticas como a nutrição na pessoa idosa e disfagia o que me permitiu não só adquirir novos conhecimentos mas acima de tudo consolidar os já adquiridos através da pesquisa bibliográfica.

Avaliação: A avaliação decorreu de forma contínua ao longo da implementação das atividades, através da validação com os critérios de avaliação definidos em cada objetivo específico. Para além disso, ao longo de todo o percurso através das reuniões com os enfermeiros orientadores dos diferentes contextos, das reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora, assim como a consulta dos registos com a realização de auditorias periódicas, permitiram avaliar o sucesso ou não das atividades desenvolvidas.

Ao longo de todo este percurso foi construído um portfólio onde constam todos os documentos construídos e/ou recolhidos no decorrer das atividades, assim como das reuniões de orientação tutorial, facilitando a sistematização dos conhecimentos e competências desenvolvidas.

A avaliação final do projeto consistiu na validação da consecução dos objetivos previamente definidos e a reflexão sobre a pertinência dos mesmos para a prática de cuidados.

Divulgação dos Resultados Obtidos: Esta última etapa é assumida com a elaboração do presente relatório onde é descrito todo o percurso e posterior discussão pública.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fase de implementação do projeto, através da execução das atividades previstas em contexto comunitário e hospitalar, decorreu de 25 de setembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018.

O primeiro objetivo geral visa desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família. Com o segundo objetivo geral pretende-se contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família. Para os atingir foram delineados alguns objetivos específicos que irão ser identificados e discriminadas as atividades desenvolvidas bem como a análise das mesmas.

4.1. Prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família

A prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC, com défice no autocuidado da alimentação e família teve por base os conhecimentos adquiridos através da evidência científica e restante literatura consultada. Nesta atividade, foi salvaguardado previamente que na impossibilidade de encontrar pessoas idosas com AVC nos diferentes contextos, seriam prestados cuidados a todas as pessoas idosas com défice no autocuidado da alimentação.

Contexto Comunitário

Iniciei o meu percurso em contexto comunitário, inserida numa ECCI, durante 4 semanas (de 25 de setembro a 20 de outubro). A ECCI visa a promoção da “autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3857) desenvolvendo um trabalho de parceria com a pessoa, família, serviços sociais e de saúde. Trata-se de uma equipa multidisciplinar constituída por

10 enfermeiros, 1 médico de medicina geral e familiar, 1 médico de cuidados paliativos, 1 técnica de serviço social e 1 assistente administrativa. De acordo com as necessidades identificadas em cada situação específica, a equipa articula os cuidados com outros profissionais de saúde e serviço social. Os cuidados são planeados, partindo da avaliação integral da pessoa em situação de dependência, mas sem necessidade de internamento, em qualquer etapa do ciclo de vida, tendo em conta a família, contexto social, grau de dependência e patologia (aguda, crónica ou paliativa), com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar (Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]).

Perante a avaliação realizada quer da pessoa em situação de dependência quer do cuidador, é delineado um plano de cuidados estabelecendo os objetivos a atingir na prestação de cuidados. Neste sentido, são os profissionais de saúde que se deslocam ao domicílio, sendo este um ambiente privilegiado de cuidados na medida em que proporciona uma maior e melhor compreensão da pessoa/família e seu contexto, dinâmicas familiares e condições de vida.

A vivência de uma doença crónica tem um impacto significativo não só no dia-a-dia da pessoa idosa e família, mas também no seu projeto de vida e nas suas expetativas (Pereira, 2013). É no contexto comunitário que os enfermeiros têm o privilégio de compreender melhor a realidade de cada família, assim como as dificuldades que a pessoa idosa e família encontram no regresso a casa, nomeadamente na transição para a dependência e para o papel de cuidadores.

Neste sentido, quando a pessoa idosa sofre um AVC não é só a sua vida que se altera, a família também sofre consequências uma vez que obriga a uma alteração na sua dinâmica, ajustando-se de acordo com o grau de dependência provocada pela doença. A realidade que antes conheciam deixa de existir. As rotinas alteram-se em função da pessoa idosa dependente, articulam-se estratégias e apoios na comunidade, verificando-se principalmente apoios para os cuidados de higiene e mobilizações que são assegurados quer por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), ou contratação de ajudantes familiares. Perante tal evidência, as intervenções de enfermagem focam-se não só na pessoa idosa dependente mas também na família.

Considerando a população abrangida pela UCC, verifica-se a existência de diferentes tipos de estruturas familiares em diferentes etapas do ciclo de vida familiar e com funcionalidades diferentes relativamente às suas dinâmicas. Perante esta diversidade, cabe ao enfermeiro posicionar-se enquanto profissional e ir ao encontro das necessidades identificadas, adaptando a sua intervenção à realidade de cada família, podendo também articular os cuidados com o serviço social e/ou propor o (re)ingresso em unidades de internamento da RNCCI.

Durante a minha observação, o papel do enfermeiro especialista passa por uma abordagem global tanto do utente como da família. A cada utente é atribuído um gestor de caso¹³, que na maioria das situações é um enfermeiro, uma vez que é o elemento da equipa que está mais próximo das famílias, sendo quem realiza mais visitas domiciliárias. A prestação de cuidados é realizada por toda a equipa de enfermagem rotativamente.

Comecei por realizar visitas domiciliárias independentemente do diagnóstico principal de cada utente, no sentido de perceber a dinâmica de cuidados e atividades da equipa, para além de conhecer a comunidade. Após a apresentação do meu projeto à ECCI (Apêndice III) e identificados os aliados, foi dado *feedback* sobre quais os utentes que poderiam ser incluídos no mesmo, procurando então organizar as visitas domiciliárias aos utentes com diagnóstico de AVC. Toda a equipa mostrou-se receptiva ao projeto, pelo que não senti dificuldades com a integração. Foram identificados 4 utentes (3 homens e 1 mulher) no entanto, foi excluído um dos utentes do sexo masculino pela idade (51 anos). No total foram realizadas 13 visitas domiciliárias aos utentes em análise (Apêndice IV).

Salienta-se que um dos critérios de admissão na ECCI é a existência de um cuidador, destacando-se a importância do cuidador familiar¹⁴. São vários os fatores

¹³ É o elemento que funciona “como pólo unificador de todos os elementos dentro da equipa, assegurando a concretização dos objectivos que orientam a equipa (...) A gestão dos cuidados de saúde invoca um pensamento multidimensional que contemple todas as dimensões humanas (física, biológica, social, cultural, psicológica, espiritual e estética), considerando que a complexidade dessas dimensões reside no facto de se tentar conceber a articulação, a identidade, e a diferença entre todas elas” (Martins & Fernandes, 2010, p.2).

¹⁴ Os cuidadores familiares são filhos, cônjuges, netos, sobrinhos ou amigos que prestam cuidados à pessoa dependente sem remuneração. Este cuidado pode ser a tempo integral ou parcial, residindo ou não com o familiar dependente. Os cuidadores familiares providenciam uma série de cuidados desde a manutenção das condições básicas de vida da pessoa (como a alimentação ou a higiene) até a procedimentos mais complexos (manutenção de dispositivos, gestão do regime terapêutico) (Family Caregiver Alliance, 2009).

que contribuem para que seja um elemento da família a assumir o papel de cuidador: o sentimento de dever moral ou social, evitar a institucionalização, questões relacionadas com a religião e sentimentos de amor ou piedade. É influenciada pelo contexto cultural, tradições e pela experiência de vida de cada pessoa (Araújo et al., 2008). Apesar de todos os constrangimentos inerentes ao cuidado da pessoa idosa dependente, a família é quem providencia a maior parte dos cuidados (Sequeira, 2010). Tendo em conta os participantes, todos os cuidadores tinham algum grau de parentesco com a pessoa idosa com AVC (2 eram os filhos, 1 era a cónjuge).

Quando nos deslocamos ao domicílio da pessoa idosa com AVC, o primeiro contacto é a pessoa que nos abre a porta, neste caso o cuidador familiar. Muitas vezes a visita domiciliária acabava por ser organizada em torno das necessidades identificadas nesse momento. Os cuidadores familiares manifestam necessidades específicas que obrigam a cuidados adequados a essas necessidades e a garantia da continuidade dos mesmos. Cabe ao enfermeiro assegurá-los e apoiar os familiares face às dificuldades com que são confrontados, na medida em que supervisiona e é fonte de conhecimento sobre a prestação de cuidados e na antecipação de possíveis complicações (Araújo et al., 2008). Assim, o cuidador familiar é pedra basilar na promoção da continuidade dos cuidados após o internamento, assumindo subitamente, a total responsabilidade do cuidado, sem conhecimentos ou preparação prévia (Silva et al., 2016).

No que diz respeito à análise dos registos salienta-se que de um modo geral (não só nos utentes com AVC) nos utentes que tiveram alta hospitalar diretamente para o domicílio, há referência ao grau de dependência no autocuidado da alimentação, à dieta em vigor e presença ou não de disfagia. Nos utentes que foram encaminhados das unidades de internamento da RNCCI, para além desta informação, constavam relatórios por parte da nutricionista e/ou terapeuta da fala, principalmente nos utentes que apresentaram disfagia na fase aguda.

Verificou-se que os 3 participantes apresentaram disfagia na fase aguda da doença, 2 com necessidade de alimentação através de sonda nasogástrica, não só pela disfagia mas também por alteração do estado de consciência. Um mês após o diagnóstico nenhum dos utentes apresentava disfagia.

Os objetivos por mim delineados, assim como o plano de cuidados estabelecido pela ECCI¹⁵ para cada pessoa idosa com AVC e família, visam a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Nas pessoas idosas incluídas no âmbito do projeto de estágio, foi criada uma grelha de observação/identificação de problemas inerentes ao autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC (Apêndice V). Para além disso, foi criada uma grelha para registo de diário alimentar (Apêndice VI), com o objetivo não só de proporcionar uma melhor compreensão da alimentação diária da pessoa idosa com AVC, mas uma tomada de consciência do mesmo para o cuidador familiar. Partindo desses dados, foi delineado para cada pessoa idosa/família um plano de intervenção (Apêndice VII) determinando um objetivo a atingir até ao final do estágio, as atividades a desenvolver junto da pessoa idosa e família e os indicadores de avaliação para determinar se o objetivo foi atingido ou não.

Através da colheita de dados constatou-se que antes do AVC todos os participantes tinham uma alimentação sem restrições, sem dificuldades na mastigação, deglutição ou perda de apetite. No processo de todos os participantes, após o AVC, constava a informação de dieta pastosa. Posteriormente, no decorrer das visitas domiciliárias, verificou-se que 1 dos participantes alimentava-se de dieta mole. Os restantes 2 mantinham dieta pastosa no domicílio. Verificou-se ainda que mais de um mês após o AVC, todos os participantes negaram dificuldades na mastigação/deglutição. Posto isto, e tendo em conta a avaliação realizada, 2 das pessoas idosas/famílias foram incentivadas a progressivamente alterar a dieta de pastosa para mole, com interação familiar e incentivo a que cada um se alimentasse pela própria mão.

A avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com AVC é fundamental na medida em que dela emergem informações importantes que servem de base ao planeamento das intervenções. Ao longo das 4 semanas de estágio percebi que a equipa não tinha conhecimento acerca do MNA, pelo que se decidiu em conjunto realizar uma sessão de formação sobre este instrumento. Assim, a 18 de outubro de 2017 foi realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem, subordinada ao

¹⁵ A ECCI constrói um plano de cuidados para cada utente/família tendo por base os objetivos a atingir na prestação de cuidados.

tema “Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA” (Apêndice VIII), com a finalidade de capacitar a equipa de enfermagem da ECCI para a avaliação do risco nutricional na pessoa idosa. Esta sessão teve como objetivos divulgar o MNA enquanto instrumento válido para a avaliação do risco nutricional na pessoa idosa e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta avaliação. Na sessão de formação estiveram presentes 50% dos enfermeiros da ECCI, uma enfermeira que iniciou o seu período de integração na equipa e uma estudante do curso de Licenciatura em Enfermagem. Tal facto deve-se aos compromissos inerentes à dinâmica de trabalho da ECCI.

A apresentação da sessão foi complementada com documentação entregue aos participantes, nomeadamente o plano da sessão, o instrumento MNA (triagem e avaliação global) e por fim um documento para os participantes realizarem a avaliação da sessão (Apêndice IX). Assim, em 7 participantes conclui-se, através da análise dos formulários de avaliação da sessão, que de um modo global a sessão foi considerada muito boa (57,1%) e boa (42,9%). Foi considerado um tema pertinente para a prática de cuidados diários por todos os participantes, assim como um momento de consolidação e aquisição de conhecimentos. Não houve sugestões ou comentários. No final alguns enfermeiros concordaram com a importância de se realizar a avaliação do risco nutricional na pessoa idosa, salientando no entanto as dificuldades inerentes à gestão dos cuidados, incompatíveis com o preenchimento adequado do instrumento para cada utente. Perante a avaliação da sessão, bem como do *feedback* dos participantes os objetivos da sessão foram atingidos.

No entanto, durante a prestação de cuidados em contexto comunitário, não foi possível realizar esta avaliação, uma vez que não houve uma resposta atempada por parte da Comissão de Ética e do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ao pedido de autorização para utilização do *Mini Nutritional Assessment* (Anexo IV). Apesar deste constrangimento, a prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC e família não foi comprometida. Realizou-se a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família recorrendo aos instrumentos já utilizados pela ECCI (Escala de Braden, Escala de Morse, Escala Numérica para avaliação da dor), mas também o Índice de Barthel, Índice de Lawton-Brody, o Genograma e o Ecomapa.

Considerando que 2 dos participantes mantinham no domicílio dieta pastosa, era importante perceber como eram preparadas as refeições, principalmente se o aporte proteico estava a ser adequado, tendo-se confirmado que o mesmo estava assegurado. Deste modo, a minha intervenção baseou-se em criar momentos de educação para a saúde, fornecendo estratégias que visam a prevenção do declínio nutricional da pessoa idosa tal como referido anteriormente (Westergren et al., 2001; Clara, 2009; Ney et al., 2009; Medin et al., 2010; Perry et al., 2013; Kinkle et al., 2013).

Ao longo de todo o percurso, principalmente nos momentos de educação para a saúde, foram tidos em consideração os princípios psicopedagógicos da aprendizagem significativa propostos por Zabalza & Arnau (2010). Destes, salienta-se a disposição para a aprendizagem, na medida em que a aprendizagem é condicionada pela disponibilidade que o outro demonstra em querer aprender, tentando apelar aos seus interesses envolvendo-o no processo de aprendizagem. Também o princípio da atitude favorável, sentido e motivação, partindo do conhecimento sobre o que o outro está interessado em aprender, recorrendo ao reforço positivo. Acrescenta-se ainda a reflexão sobre a metacognição onde devemos incentivar o outro a pensar sobre o modo como pensa (Zabalza & Arnau, 2010). No entanto, no tempo de estágio disponível, assim como no período de tempo de cada visita domiciliária, nem sempre é possível realizar uma abordagem tão rápida e eficaz quanto a desejada (Apêndice X – nota de campo A5897).

Num estudo que pretendia compreender a perceção dos idosos sobre alimentação saudável e as dificuldades em incorporá-la no dia-a-dia, concluiu-se que um dos fatores que condiciona a manutenção de uma alimentação saudável, são os constrangimentos financeiros (Menezes, Tavares, Santos, Targueta & Prado, 2010). Tendo em conta que é na alimentação que se gasta uma grande parte do orçamento familiar, perante dificuldades financeiras a qualidade dos alimentos adquiridos diminui, na medida em que se compram menos produtos frescos (legumes, fruta) e mais produtos ricos em açúcar e gorduras. Assim, é fundamental informar as famílias, capacitando-os para escolhas mais saudáveis e económicas (Gregório, Santos, Ferreira & Graça, 2012).

Importa salientar que, tal como previsto no projeto de estágio durante as visitas domiciliárias, não foram prestados cuidados apenas às pessoas idosas com AVC,

sendo que sempre que surgiam dúvidas relativamente ao autocuidado da alimentação, tentava-se intervir no sentido de ir ao encontro das necessidades e potencialidades identificadas em cada situação específica.

A passagem pelo contexto comunitário foi uma mais-valia na medida em que me permitiu conhecer os aspetos positivos e os constrangimentos da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, percebendo a importância que o enfermeiro tem não só no cuidado à pessoa em situação de dependência mas também nos cuidadores familiares. Permitiu-me também treinar a avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, destacando-se a figura do gestor de caso, enquanto elo de ligação entre a pessoa idosa/família e a restante equipa multidisciplinar.

Contexto Hospitalar: Unidade Cérebro Vascular

Estando a trabalhar a temática da pessoa idosa com AVC tornou-se pertinente a realização de estágio numa Unidade Cérebro Vascular, durante 4 semanas (de 23 de outubro a 17 de novembro) no sentido de compreender a prestação de cuidados na fase aguda da doença.

A Unidade Cérebro Vascular foi criada em 2003 com o intuito de dar resposta à problemática do AVC em fase aguda, desenvolvendo a sua atividade ao nível do internamento, Via Verde AVC¹⁶, consultoria e acompanhamento da pessoa em consulta externa.

A unidade de internamento é constituída por 8 camas e 1 maca. O trabalho é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar constituída por 6 médicos (nas áreas de especialidade de medicina interna e neurologia), enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas de reabilitação e médico-cirúrgica, assistentes operacionais e técnicos de doppler. Conta ainda com o apoio da neurorradiologia de intervenção.

No que respeita aos cuidados de enfermagem o rácio distribui-se numa média de 2 doentes/enfermeiro, sendo que um dos enfermeiros fica destacado para a Via Verde AVC.

¹⁶ A Via Verde AVC pretende “obviar quaisquer situações que provoquem atrasos no acesso da pessoa com suspeita de AVC, desde a porta de casa ou de qualquer outro local até à porta da unidade de saúde adequada (VV pré-hospitalar) e desta até ao início do tratamento adequado (VV intra-hospitalar)” (Norma nº 015/2017, p. 17).

Relativamente ao tipo de patologias, a unidade recebe pessoas com AVC, isquêmico ou hemorrágico, hemorragias subaracnoideias, aneurismas assim como doentes eletivos para realização de angiografia diagnóstica ou terapêutica.

Perante isto, e tendo em conta a temática do projeto de estágio, a alimentação é uma área que merece especial atenção. Existe uma instrução de trabalho¹⁷ para realização da avaliação da deglutição em todas as pessoas internadas cujo estado de consciência não se encontre comprometido. Este documento baseou-se na evidência científica à qual também tive acesso através de diferentes autores (Trapl, et al., 2007; Martino, et al., 2009).

Quando se verifica alteração do estado de consciência, perante o risco de aspiração, a pessoa é entubada com sonda nasogástrica (SNG) e inicia alimentação entérica de acordo com o protocolo da unidade. A avaliação da deglutição é realizada por todos os enfermeiros da unidade, sendo esta uma área de investimento na formação da equipa. Foi nesta unidade que desenvolvi competências não só na avaliação da deglutição, mas também na preparação do espessante e otimização da dieta.

Tendo em conta a situação individual de cada pessoa internada nesta unidade (Apêndice XI), verifica-se uma preocupação em manter um aporte nutricional adequado sendo este estipulado pela dietista, cabendo ao enfermeiro a avaliação da sua eficácia (se a dieta prescrita é a mais adequada à pessoa, preferências alimentares, presença de disfagia, alterações na cavidade oral, dificuldades na mastigação, entre outras) e tomar medidas adequadas à sua otimização.

Outra das atividades que consegui desenvolver nestas 4 semanas foi a observação de uma pessoa idosa com diagnóstico de AVC no momento da refeição onde presenciei a ingestão do pequeno-almoço e do almoço (Apêndice XI - nota de campo L7463). Desta situação, não posso deixar de me questionar que apesar de ser uma unidade diferenciada no cuidado à pessoa com AVC, apesar da formação dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, ser de excelência e referência na instituição, a falta de recursos (talheres adaptados por exemplo) são um obstáculo à capacitação do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC. Por outro lado questiono-me sobre a importância de realizar formação aos assistentes operacionais

¹⁷ Documento interno de cada serviço que visa uniformizar determinada prática de cuidados.

sobre esta temática, uma vez que se verificaram algumas lacunas nomeadamente no respeito pelo tempo que cada pessoa idosa demora a completar a refeição.

Em suma, este contexto da prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC e família foi uma mais-valia no meu percurso, verificando-se um grande investimento por parte da equipa no que respeita à avaliação da deglutição para despiste de disfagia. Permitiu-me desenvolver competências no âmbito do défice do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC, capacitando-me não só para a prestação de cuidados, mas também para promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no serviço de medicina, sensibilizando-os para esta problemática.

Contexto Hospitalar: Serviço de Medicina

Após compreender a dinâmica de cuidados à pessoa com AVC na fase aguda, seguiram-se 10 semanas de estágio num serviço de medicina interna de um hospital em Lisboa (de 20 de novembro 2017 a 9 de fevereiro 2018). Aqui os turnos podem ser de 8 ou 12 horas, tendo sido privilegiados os turnos da manhã e da tarde.

Neste contexto são prestados cuidados a pessoas com patologia do foro médico. O serviço dispõe de 24 camas para pessoas do sexo masculino, sala de trabalho, sala de tratamento e refeitório. Destas, 2 camas são para internamento pelas especialidades de dermatologia, infetocontagiosas ou hematologia. Tem apoio médico 24h por dia, sendo constituída por uma equipa multidisciplinar fixa composta por médicos¹⁸, 19 enfermeiros (2 encontram-se de licença de maternidade), 10 assistentes operacionais e 1 administrativa. Sempre que necessário outros profissionais dão apoio (assistente social, dietista, terapeuta da fala, fisioterapeuta). Abrange uma população maioritariamente idosa, da área de Lisboa e Vale do Tejo mas também fora desta área. O período de visita é das 12h-21h, sendo que das 14h-21h é permitida a permanência de 2 pessoas junto da pessoa internada.

Foi neste contexto que a maioria do projeto foi implementado salientando-se que durante a prestação de cuidados foi realizada a avaliação multidimensional pessoa idosa com AVC e família (Apêndice XII) com recurso a vários instrumentos:

¹⁸ Existem 2 equipas médicas, cada uma responsável por metade da lotação de camas. Cada equipa tem 1 chefe e cerca de 1 a 2 especialistas de medicina interna. A restante equipa é constituída por internos.

avaliação da dor através da *behaviour pain scale* (BPS), avaliação do risco de queda (escala de Morse) e úlceras por pressão (escala de Braden), avaliação da funcionalidade na execução das atividades instrumentais de vida diária através do Índice de Lawton-Brody, avaliação da funcionalidade na execução das ABVD's através da Escala Modificada de Barthel e identificação do risco nutricional através do MNA. Para além disso foi utilizado o genograma e ecomapa para melhor compreensão da estrutura e dinâmicas familiares.

Durante a minha prestação de cuidados estiveram internados 145 homens, sendo que 62,8% eram idosos (Apêndice XIII). Tendo em consideração o facto da OMS e as Nações Unidas¹⁹ classificarem a população idosa em idosos (65-79 anos) e muito idosos (80-99 anos), verificou-se que na população idosa do serviço de medicina, 52,7% eram idosos e 47,3% muito idosos (Apêndice XIII).

Numa fase inicial, tendo em conta que ainda aguardava o parecer da Comissão de Ética do hospital para a utilização do MNA, foram realizadas entrevistas durante a prestação de cuidados no dia-a-dia do serviço, baseadas nas questões da grelha utilizada no contexto comunitário (Apêndice V), no sentido de aceder às narrativas das pessoas idosas de modo a compreender as suas dificuldades na alimentação antes do internamento e as diferenças identificadas pelas mesmas durante o internamento. Recorreu-se ainda a fontes documentais tais como o processo clínico, registos de enfermagem e também ao contacto com outros profissionais da equipa multidisciplinar. Diariamente realizava notas de campo²⁰ (Apêndice XIV) as quais foram analisadas e alvo de reflexão (Apêndice XV) através do método de análise de conteúdo²¹.

¹⁹ World Health Organization – Regional Office for South-East Asia, 2018.

²⁰ As notas de campo consistem na descrição por escrito de tudo o que foi observado durante a prestação de cuidados (incluindo elementos do ambiente envolvente, sentimentos e elementos da linguagem não verbal). Desta forma, são constituídas por dois tipos de materiais, um de carácter descritivo, com o objetivo de obter uma imagem o mais real possível do que foi observado, e outro de carácter reflexivo, onde é visível a análise do ponto de vista pessoal e as preocupações (Bogdan & Biklen, 1999).

²¹ “Técnica que possibilita o exame metódico, sistemático, objetivo e, em determinadas ocasiões, quantitativo, do conteúdo de certos textos, com vista a classificar e a interpretar os seus elementos constitutivos e que não são totalmente acessíveis à leitura imediata” (Robert & Bouillaguet, 1997, p.4 citados por Amado, 2014, p.304). Optou-se pelo método de análise de conteúdo convencional (*conventional content analysis*) (Hsieh & Shannon, 2005), onde inicialmente cada resposta foi organizada e lida de uma forma geral de modo a alcançar uma perceção global do conteúdo dos dados. Posteriormente foram realizadas outras leituras, numa tentativa de identificar tendências e padrões relevantes, destacando-se alguns conceitos subjacentes. Após a sua identificação (unidades de

Da análise realizada sobressaíram 2 categorias: as manifestações das pessoas idosas com alteração da deglutição/mastigação e a dimensão relativa à prestação de cuidados. Relativamente aos principais problemas identificados pelas pessoas idosas internadas foram identificadas 7 subcategorias: disfagia, falta de peças dentárias/higiene oral, alteração dos hábitos alimentares, qualidade da comida hospitalar, diminuição do apetite, perda de peso e alteração do paladar.

No que respeita à prestação de cuidados sobressaem 5 subcategorias: articulação com a equipa multidisciplinar, registos de enfermagem, falta de recursos, falta de conhecimento e melhoria das práticas.

Nos dias em que estive presente na prestação de cuidados, de todas as pessoas idosas internadas (91 idosos) verificou-se que 14,3% apresentavam como diagnóstico principal AVC/AIT (acidente isquémico transitório) ou quadro sugestivo deste diagnóstico na admissão ao serviço (Apêndice XVI). Do grupo de pessoas idosas com outro motivo de admissão (78 idosos), 16,7% já sofreram pelo menos 1 AVC (Apêndice XIII).

Das pessoas idosas admitidas com diagnóstico (ou sintomatologia sugestiva) de AVC, 15,4% apresentavam disfagia a líquidos, 23,1% necessitaram de SNG por alteração do estado de consciência e 61,5% não apresentaram qualquer défice no autocuidado da alimentação (Apêndice XIII).

Também foram prestados cuidados a todas as pessoas idosas que apresentavam alguma alteração no autocuidado da alimentação tal como previamente salvaguardado no projeto. Deste modo, algumas apresentavam défice no autocuidado da alimentação independentemente do diagnóstico de admissão, destacando-se a disfagia como principal problema identificado. Aqui a transmissão de estratégias de compensação foi fundamental para que a pessoa idosa fosse capacitada para a autogestão do problema. Para além disso, a otimização da dieta foi outra das principais intervenções implementadas.

Para melhor compreensão das dificuldades no autocuidado da pessoa idosa com AVC, preconiza-se a avaliação do estado funcional de modo a caracterizar o seu grau de dependência. De acordo com a DGS, uma das escalas a mobilizar na

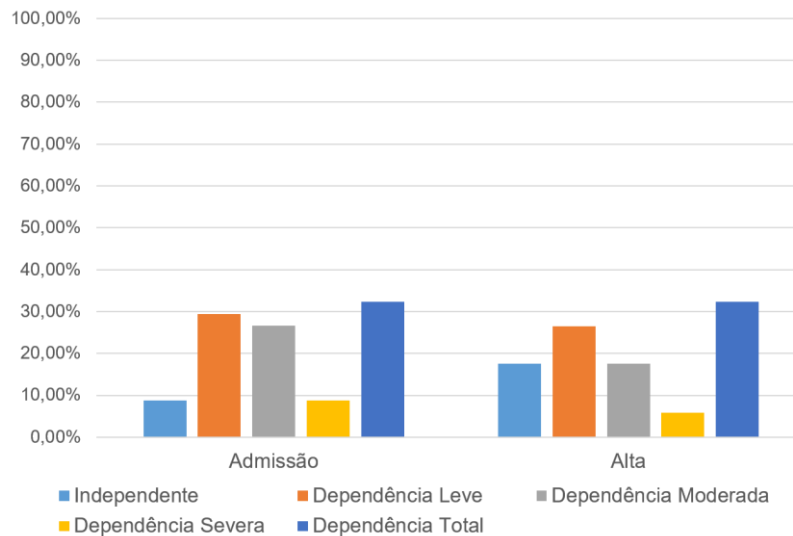
registo), procedeu-se a uma reavaliação, procurando relações e estabelecendo inferências (Ludke & André, 1986) visando a categorização definida à *posteriori*.

avaliação da funcionalidade na execução ABVD's, da pessoa idosa com AVC, é a Escala de Barthel. Tendo em conta que o programa SClinico contempla a Escala Modificada de Barthel, optou-se pela utilização deste instrumento em todas as pessoas idosas, independentemente do motivo de internamento, devido ao reduzido número de pessoas idosas com AVC admitidas ao longo do estágio.

Assim, foi possível caracterizar o grau de dependência global de cada pessoa idosa nas ABVD's e especificamente na alimentação, estabelecendo-se o paralelismo entre a dependência na admissão e na alta. Salienta-se que a implementação de um instrumento de avaliação não é fácil considerando as inúmeras exigências a que as equipas estão sujeitas. Nem sempre as avaliações foram realizadas exatamente no momento da admissão e da alta, e os internamentos inferiores a 7 dias (periodicidade estabelecida para reavaliação). Apesar disso, no período de internamento de 18 de dezembro 2017 a 26 de janeiro 2018 recolheram-se dados sobre os graus de dependência das pessoas idosas na admissão e no momento da alta (Apêndice XVII) num total de 39. Foram considerados apenas 34 processos uma vez que 5 não tinham a avaliação realizada.

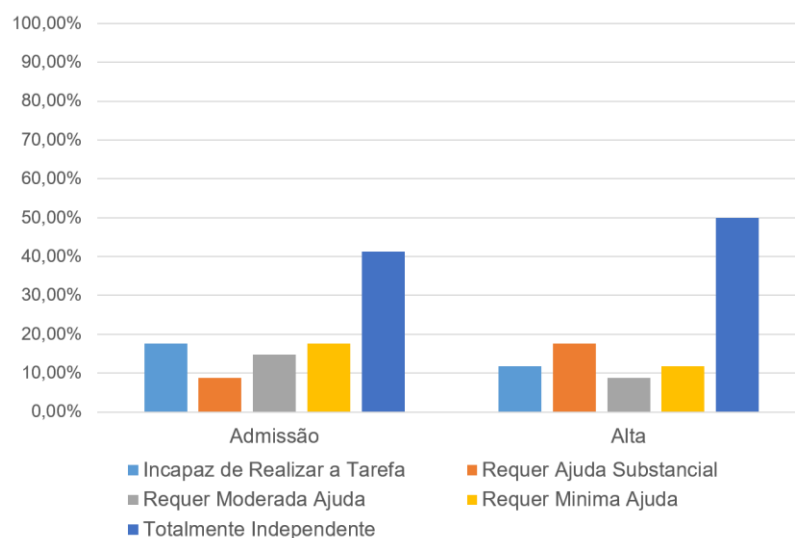
Posto isto, conclui-se que na admissão ao internamento 91,2% das pessoas idosas tinham algum grau de dependência, sendo que 29,4% tinham uma dependência leve; 20,6% dependência moderada; 8,8% tinham dependência severa e 32,4% eram totalmente dependentes nas ABVD's. Relativamente ao momento da alta verificaram-se algumas mudanças nos graus de dependência na medida em que 17,6% era independente; 26,5% dependência leve; 17,6% dependência moderada; 5,9% dependência severa e 32,4% eram totalmente dependentes nas ABVD's. De um modo geral a dependência diminuiu ligeiramente ao longo do internamento mas o número de pessoas idosas totalmente dependentes não sofreu alterações, concluindo-se assim que as pessoas idosas internadas no serviço de medicina é na sua maioria dependente nas ABVD's tal como ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Graus de Dependência no Momento da Admissão e Alta



Relativamente à ABVD alimentar-se (gráfico 2), verificou-se que na admissão hospitalar 58,8% necessitavam de algum tipo de ajuda no autocuidado da alimentação. 17,6% necessitavam de uma ajuda mínima; 14,7% ajuda moderada; 8,8% ajuda substancial e 17,6% eram incapazes de se alimentar sozinhos. Já no momento da alta o número de pessoas idosas dependentes nesta ABVD diminuiu ligeiramente, na medida em que 50% eram dependentes na alimentação. 11,8% necessitavam de uma ajuda mínima; 8,8% ajuda moderada; 17,6% ajuda substancial e 11,8% eram incapazes de se alimentar sozinhos.

Gráfico 2. Autocuidado da Alimentação: Graus de Dependência na Admissão e Alta

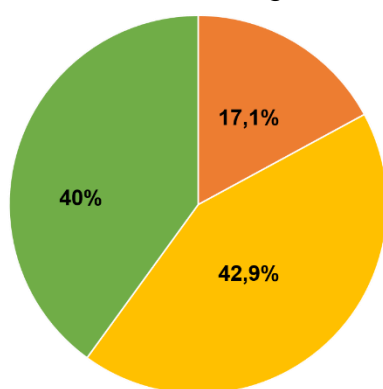


Perante tudo o que já foi referido, a identificação do risco nutricional na pessoa idosa é fundamental no sentido de evitar o declínio funcional e a morbilidade. No decorrer do estágio só foi possível realizar esta avaliação a partir de janeiro uma vez que a autorização do hospital só foi emitida no final de dezembro. Importa esclarecer que inicialmente foi obtida autorização por parte do Conselho de Administração e só após o final do estágio o parecer final/definitivo do Centro de Investigação (Anexo V).

À semelhança da Escala Modificada de Barthel, a identificação do risco nutricional através do MNA, foi realizada a todas as pessoas idosas internadas no período de 7 de janeiro 2018 a 5 fevereiro 2018, que se alimentavam via oral e cujo estado de consciência permitia o diálogo, num total de 35 pessoas idosas.

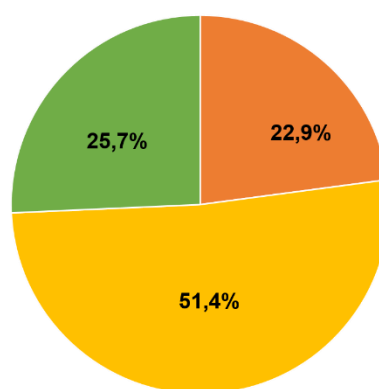
Relativamente à triagem (gráfico 3) verificou-se que 17,1% apresentavam um estado nutricional normal; 42,9% estavam em risco de desnutrição e 40% desnutridos. Após a avaliação global (gráfico 4), conclui-se que 22,9% apresentavam um estado nutricional normal; 51,4% estavam em risco de desnutrição e 25,7% encontravam-se desnutridos.

Gráfico 3. Identificação do Risco Nutricional: Triagem



■ Normal ■ Risco de Desnutrição ■ Desnutrido

Gráfico 4. Identificação do Risco Nutricional: Avaliação Global



Das pessoas idosas identificadas na triagem com risco de desnutrição e desnutrição (82,9%) quando realizada a avaliação global verificou-se que 17,2% que foram identificadas na triagem como desnutridas, na avaliação global passaram a risco de desnutrição. 6,9% foram identificadas na triagem com risco de desnutrição, no entanto, na avaliação global foram identificadas como estando num estado nutricional normal.

Posto isto, tendo em consideração a triagem e a avaliação global verificou-se que em 20% das pessoas idosas havia discrepância entre a triagem e a avaliação global, sendo que esta diferença corresponde aos limites de cada *score* (por exemplo na triagem *score* 7 – valor máximo para ser considerado desnutrido e na avaliação global *score* 17 – valor mínimo de risco de desnutrição). Assim, o número de pessoas idosas em risco de desnutrição aumenta e as desnutridas diminui, sendo que as que foram identificadas na triagem com estado nutricional normal não sofreram alteração. Conclui-se assim que sempre que na triagem é identificado pelo menos o risco de desnutrição deve realizar-se a avaliação global, tal como está preconizado.

De acordo com as normas da instituição hospitalar onde decorreu o estágio, a avaliação do risco nutricional é realizada pela dietista. Cabe ao enfermeiro identificar preferências/restrições ou alergias alimentares, alterações no apetite e paladar, dificuldades na mastigação e deglutição e a utilização de prótese dentária. Assim, tornou-se pertinente reunir com a dietista e dar-lhe a conhecer o meu projeto assim como os objetivos do estágio. Informei-a que iria utilizar o MNA e após discussão acordámos em comunicar-lhe todas as pessoas idosas que fossem identificadas como estando desnutridas, sendo que as pessoas idosas em risco de desnutrição também necessitam de vigilância. Assim, em todas as pessoas idosas identificadas como estando em risco de desnutrição foram implementadas/reforçada a importância de algumas intervenções tais como: monitorizar o peso 1x/semana nas pessoas idosas que deambulam, vigiar a refeição de modo a especificar a quantidade de comida que cada pessoa idosa ingere, a tolerância/aceitação por parte da pessoa idosa da dieta prescrita, o recurso ou não à prótese dentária e as preferências alimentares.

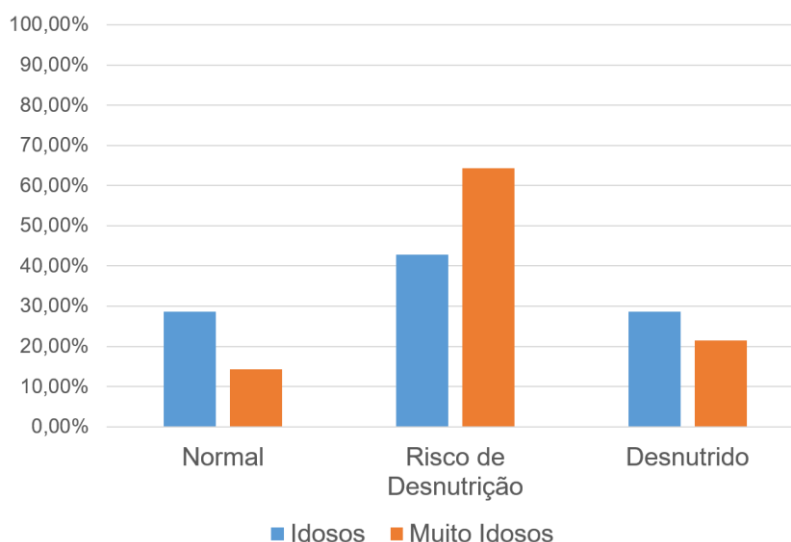
Nas pessoas idosas desnutridas era comunicado o *score* à dietista, assim como outros problemas identificados durante a avaliação (preferências/restrições alimentares por exemplo). Esta realizava o ajuste dietético que entendia ser adequado e que passou, na maioria das situações, pelo aumento do aporte proteico/calórico através da introdução de suplementos alimentares.

Apesar de não ter sido considerado o diagnóstico de admissão, salienta-se que na maioria das pessoas idosas identificadas como desnutridas, a causa pode estar associada à patologia de base, maioritariamente oncológica e aos tratamentos a ela associados.

Perante os dados obtidos com a identificação do risco nutricional na população idosa do serviço de medicina (avaliação global), pode-se estabelecer o paralelismo entre o estado nutricional e a idade (gráfico 5), assim como o grau de dependência de acordo com a Escala Modificada de Barthel (gráfico 6).

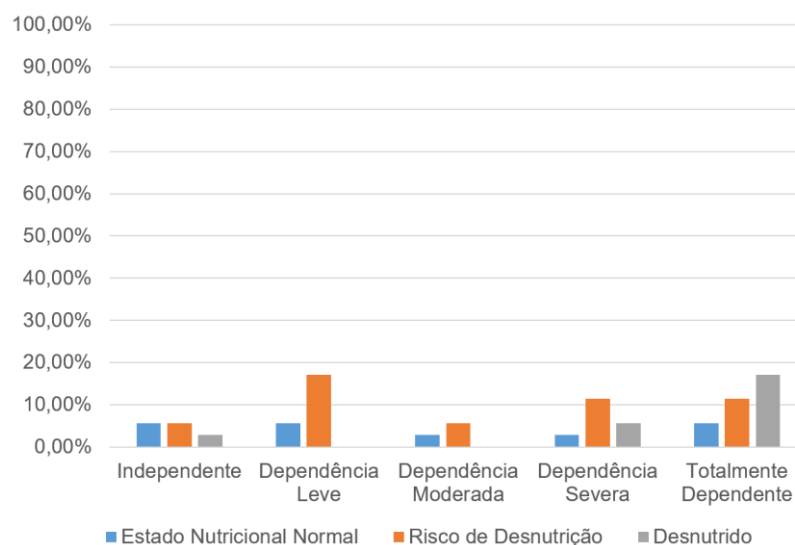
Relativamente à idade verifica-se que 60% são idosos (65-79 anos) e 40% são muito idosos (80-99 anos). No que respeita à faixa etária dos 65-79 anos, 28,6% tinham um estado nutricional normal; 42,8% estavam em risco de desnutrição e 28,6% estavam desnutridos. Já na faixa etária dos 80-99 anos, 14,3% tinham um estado nutricional normal; 64,3% estavam em risco de desnutrição e 21,4% estavam desnutridos.

Gráfico 5. Relação entre o Risco Nutricional e a Idade



Considerando a identificação do risco nutricional com os graus de dependência conclui-se que graus de dependência mais elevados estão associados ao declínio do estado nutricional da pessoa idosa, tal como ilustrado no gráfico 6. 22,8% das pessoas idosas em risco de desnutrição apresentavam um grau de dependência severa ou total e 22,8% estavam desnutridos.

Gráfico 6. Relação entre o Risco Nutricional e os Graus de Dependência



Todos estes factos emergiram ao longo da prestação de cuidados, confirmando a pertinência da temática do défice no autocuidado da alimentação na pessoa idosa, nomeadamente com AVC, uma vez que por si só a pessoa idosa pode já ter o seu estado nutricional comprometido aquando da admissão hospitalar. A doença e o próprio internamento irão comprometer ainda mais o estado nutricional da pessoa idosa contribuindo para o aumento da morbilidade, mortalidade e custos com os cuidados de saúde (Gomes et al., 2016).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), através destas atividades foi possível desenvolver competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, exercendo uma prática de cuidados de acordo com os princípios éticos e profissionais, respeitando os direitos humanos e as minhas responsabilidades profissionais.

Foi através da prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC e família nos diferentes contextos, assim como as aprendizagens adquiridas com as respetivas equipas, que me foi possível desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade na medida em que este é um projeto de intervenção profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, encontrando a sua fundamentação na evidência científica. Para além disso visa a criação e manutenção de um ambiente seguro na prestação de cuidados à pessoa idosa e família.

Salienta-se a importância das atividades descritas neste capítulo para a concretização do segundo objetivo geral que visa contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

4.2. Desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família

4.2.1. Divulgação do Projeto

A divulgação do projeto aconteceu nos diferentes campos de estágio começando por uma reunião com as enfermeiras-chefe de cada serviço e posteriormente a apresentação do mesmo em várias sessões (Apêndice III) de modo a abranger o máximo de elementos das equipas. Tanto na comunidade como no serviço de medicina, o projeto foi divulgado a todos os enfermeiros, sendo que no serviço de medicina houve 4 enfermeiros que se envolveram mais neste projeto, tendo sido aliados na implementação das atividades previstas. Na Unidade Cérebro Vascular não houve um momento formal de apresentação do projeto à equipa, no entanto, ao longo dos turnos em diálogo com os diferentes elementos foi dado a conhecer o projeto.

4.2.2. Análise das práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família

Esta atividade já foi em parte desenvolvida no subcapítulo 4.1 relativo à prestação de cuidados nos diferentes contextos. Uma vez que este projeto foi implementado no serviço de medicina, nesta secção serão abordadas as atividades desenvolvidas neste contexto.

Assim, verificou-se que à semelhança da avaliação do risco nutricional, também não era realizada a avaliação da funcionalidade da pessoa idosa e que a equipa de enfermagem estava pouco desperta para a importância do papel do enfermeiro na

prevenção do declínio nutricional da pessoa idosa aquando do internamento hospitalar.

Tal facto é também visível pela auditoria de 28 de novembro de 2017, realizada a 13 processos de pessoas idosas (Apêndice XVIII) considerando os itens que constam na “Avaliação Inicial” relativos à alimentação/nutrição. Destaca-se que em 100% constava o peso e a altura, salientando-se que a maioria das vezes são valores estimados ou fornecidos pela pessoa idosa/família e não confirmados através de equipamentos calibrados. Nenhum apresentava referência à existência ou não de prótese dentária, 7,7% tinha registado o número de refeições/dia, 23,1% constava a presença/ausência de disfagia, 15,4% tinha registado alteração (ou não) do paladar e apetite.

Aquando da divulgação do projeto neste contexto foi sugerido pela minha orientadora a elaboração de um questionário de modo a identificar as necessidades formativas da equipa. Foi elaborado e após validação com a professora orientadora, a 29 de novembro começaram a ser entregues os formulários dos questionários (Apêndice XIX) e a declaração de consentimento livre e esclarecido (Apêndice XX) para os enfermeiros preencherem no período de 1 mês.

Estes foram recolhidos e analisados tendo sido preenchidos por 94,1% dos elementos da equipa de enfermagem (Apêndice XXI). Para análise dos questionários recorreu-se à análise estatística das questões fechadas e à análise de conteúdo para as questões abertas.

É uma equipa jovem com idades compreendidas entre os 23 e os 50 anos (moda 30-39 anos); com 1 a 9 anos de experiência profissional; maioritariamente feminina, apenas com 1 enfermeiro, razão pela qual o questionário não solicita o sexo. Relativamente às habilitações académicas e profissionais 81,2% são Licenciados, 12,5% possuem Mestrado e 6,3% o curso de Pós-Licenciatura.

Da análise dos questionários emergiram 4 categorias: dificuldades sentidas pelos enfermeiros na alimentação da pessoa idosa com AVC; intervenções de enfermagem na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação; dificuldades dos enfermeiros na implementação de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e necessidades formativas, que serão agora analisadas individualmente pelas subcategorias.

- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na alimentação da pessoa idosa com AVC

Nesta primeira categoria destacam-se como subcategorias: disfagia, falta de tempo, alteração do estado de consciência, problemas relacionados com a dieta, alteração na capacidade de mastigação e a recusa alimentar. É considerado um tema pertinente na prática de cuidados de enfermagem, valorizado pelos enfermeiros, sendo que a maioria (68,8%) não teve formação prévia.

- Intervenções de enfermagem na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação que coloca em prática

O posicionamento da pessoa idosa, ajuste de dieta, comportamento do cuidador, vigiar/avaliar presença de disfagia, conhecer a pessoa idosa, ajuste do ambiente envolvente e promover o envolvimento da família são as subcategorias que se destacam. Quando questionados sobre o registo dessas intervenções que implementam 75% refere que regista, 25% não.

- Dificuldades dos enfermeiros na implementação de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC

56,3% referem ter dificuldades na implementação das intervenções, 43,7% não. Essas dificuldades prendem-se com a falta de tempo, falta de recursos, falta de conhecimento/formação, dificuldade nos registos e a qualidade da alimentação.

- Necessidades Formativas

81,2% referem sentir necessidade de formação nesta área, 12,5% não sente essa necessidade e 6,3% não respondeu. As necessidades formativas manifestam-se em temáticas como a disfagia e intervenções na promoção do autocuidado da alimentação.

Tal como referido anteriormente, a instituição preconiza a avaliação do risco nutricional a todas as pessoas admitidas sendo essa avaliação realizada pela dietista. No entanto, no período em que o estágio decorreu, a avaliação do risco nutricional não foi realizada por razões que me são alheias, sendo que não utilizam o MNA.

Perante estes factos, foi reformulada a atividade que previa a implementação do MNA na identificação do risco nutricional na pessoa idosa, optando-se por dar a conhecer o instrumento, assim como das questões que são realizadas no seu

preenchimento, particularmente na triagem. O objetivo é introduzir algumas destas questões na prática de cuidados aquando da admissão da pessoa idosa/família ao serviço, por forma a identificar possíveis situações de risco.

4.2.3. Orientações para as boas práticas no cuidado à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família

Com base na identificação das necessidades formativas da equipa, foram realizadas 3 sessões de formação nomeadamente aos enfermeiros: “Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD’s com a Escala Modificada de Barthel”, “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC”; e aos assistentes operacionais: “Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”.

Assim, a primeira sessão subordinada ao tema “Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD’s com a Escala Modificada de Barthel” (Apêndice XXII) prende-se com o objetivo de implementar esta escala na prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, tal como previsto no projeto. Foram realizadas várias sessões de formação durante o mês de dezembro tendo sido abrangida a totalidade da equipa (100%), incluindo a enfermeira-chefe. A metodologia utilizada foi expositiva e ativa incentivando à participação de todos na partilha de experiências, uma vez que alguns elementos já utilizaram esta escala noutros contextos nomeadamente em internamentos de longa duração.

A cada participante foi entregue um guião de utilização prática (Apêndice XXIII) com vista a facilitar o preenchimento da escala, contribuindo para o sucesso da sua implementação.

No final cada participante realizou a avaliação da sessão (Apêndice XXIV) que de um modo geral foi considerada muito boa (83,3%) e boa (16,7%). Foi considerado um tema pertinente para a prática de cuidados diária por todos os participantes, assim como um momento de consolidação e aquisição de conhecimentos. Não houve sugestões ou comentários, tendo sido atingidos os objetivos da sessão.

Partindo dos resultados da análise dos questionários preenchidos pelos enfermeiros da equipa do Serviço de Medicina, foi elaborada a sessão de formação

intitulada “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família” (Apêndice XXV) tendo sido realizadas várias sessões com início a 17 de janeiro de modo a abranger o máximo de elementos da equipa. Assistiram à sessão de formação 82,4% dos enfermeiros, onde foram abordados os seguintes temas: dificuldades na alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento; sinais e sintomas de disfagia; avaliação da deglutição na pessoa idosa com AVC; como preparar o espessante e as diferentes consistências; intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família; a importância dos registos para a continuidade dos cuidados e o risco nutricional na pessoa idosa com AVC.

Devido ao facto da avaliação do risco nutricional ser realizada pela dietista, e após o *feedback* dado pelos elementos da equipa, a sessão não teve como objetivo capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação do risco nutricional, mas antes capacitar a equipa para abordar a temática da alimentação na pessoa idosa aquando da sua admissão no serviço, por forma a identificar sinais de alerta que comprometam o seu estado nutricional e assim articular mais rapidamente com a dietista.

Da avaliação da sessão (Apêndice XXVI) conclui-se que 92,9% considerou a sessão como muito boa, 85,7% consideraram ser uma temática pertinente para a prática de cuidados e um momento de consolidação de conhecimentos, sendo possível mobilizá-los para a prática de cuidados diária. Estas questões foram visíveis no único comentário à sessão: “A formação foi totalmente pertinente e contribuiu sem dúvida para a melhoria da prática de cuidados”. Em alguns grupos houve discussão e troca de ideias principalmente no que respeita ao reconhecimento do papel do enfermeiro na identificação de situações que possam comprometer o estado nutricional da pessoa idosa.

Da discussão emergiu o facto de alguns enfermeiros reconhecerem a sua responsabilidade na vigilância do estado nutricional nomeadamente na monitorização do peso corporal, outros referiam ser uma responsabilidade da dietista.

O papel do enfermeiro no que respeita à nutrição tem sido pouco reconhecido, mal articulado e descrito como sendo necessária uma maior participação dos enfermeiros. No entanto, não existe consenso sobre o papel do enfermeiro nesta área. Dada a complexidade da pessoa idosa com necessidades específicas, também o

estado nutricional deve ser uma preocupação para os enfermeiros na avaliação multidimensional da pessoa idosa, na medida em que a identificação precoce de situações que possam comprometer o seu estado nutricional, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e para os ganhos em saúde (Perry et al., 2013).

Apesar de se reconhecerem os efeitos prejudiciais da desnutrição, as intervenções nutricionais raramente são vistas como uma prioridade, desvalorizando-se os contributos que os enfermeiros podem dar no apoio nutricional, não se investindo no desenvolvimento da prática, formação e investigação nesta área (Perry et al., 2013). Estas discussões enriqueceram as sessões, obrigando cada enfermeiro (e eu própria) a questionar o modo como é abordada a pessoa idosa e família no que concerne ao autocuidado da alimentação.

Tendo em consideração que os assistentes operacionais são os elementos da equipa de saúde mais presentes junto das pessoas idosas no momento da refeição, tornou-se pertinente realizar também sessões de formação a estes elementos. Durante as sessões foram focados os aspetos relacionados com a sua intervenção intitulando-se “Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família” (Apêndice XXVII).

A equipa de assistentes operacionais é formada por 10 elementos sendo que 1 não está presente na prestação de cuidados, uma vez que é responsável principalmente pelo transporte das pessoas internadas para a realização de exames e 2 elementos encontravam-se ausentes do serviço. Assistiram à sessão de formação 50% dos assistentes operacionais, cujo programa se baseou nas dificuldades na alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento; sinais e sintomas de disfagia e o papel do assistente operacional na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Da avaliação da sessão (Apêndice XXVIII) que foi realizada pelos participantes, 40% classificaram como boa e 40% muito boa, sendo que 20% não preencheu este parâmetro. Salienta-se que houve alguns parâmetros da avaliação que não foram preenchidos pelos participantes na sessão. Assim, 80% consideraram ser uma temática pertinente para a prática de cuidados e um momento de consolidação de conhecimentos, sendo possível mobilizá-los para a prática de cuidados diária. Foi

realizado apenas um comentário: “Formação muito pertinente. Acho que faz todo o sentido. Sinto maior segurança para aplicar na prestação de cuidados.”

Por fim, foi elaborado um documento intitulado “Guião de Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Idosa com AVC, com Défice no Autocuidado da Alimentação e Família” (Apêndice XXIX) que compila informação sobre as temáticas abordadas ao longo do estágio tanto na prestação de cuidados como das sessões de formação, com vista a que a equipa construa uma instrução de trabalho. Inicialmente no projeto este guião tinha um formato diferente no sentido de ser um instrumento de registo. Pouco depois de ter iniciado o meu percurso compreendi que este formato não fazia sentido, sendo prioritário um documento que permitisse à equipa sistematizar a sua ação neste âmbito.

4.2.4. Implementação de estratégias adequadas à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.

À medida que foram sendo realizadas as sessões de formação com vista à implementação da Escala Modificada de Barthel, foi sendo programado no plano de cuidados de cada pessoa idosa a monitorização do autocuidado através da escala de Barthel no programa SClinico.

Apesar de contemplado no referido programa informático de registos, a consulta deste registo (preenchimento da escala por exemplo para transcrever informação para a carta de alta ou para realizar auditorias) não é fácil uma vez que é necessário aceder aos registos realizados pelos colegas e não no formato habitual de consulta (identificado no programa com o termo “vigilâncias”). Perante esta situação, contactei o enfermeiro responsável pela implementação do programa no hospital, que me informou que não tem poder para realizar alterações pois o mesmo está sob alçada de outra entidade. Informou-me ainda que aguarda-se uma nova versão do programa que poderá ter melhorias nesta área. Perante esta dificuldade, optou-se por colocar o grau de dependência da pessoa idosa na folha de passagem de turno.

Tal como referido anteriormente, da pesquisa bibliográfica realizada apenas emergiu que a avaliação da funcionalidade com a escala de Barthel, principalmente num diagnóstico de AVC, deve ser realizada na admissão e alta (Norma nº 054/2011;

NICE, 2013). Optou-se então por avaliar na admissão e na alta e de 7 em 7 dias caso o internamento seja mais prolongado. Estipulou-se que a avaliação deveria ser realizada no turno da manhã uma vez que é neste turno que se concentram a maioria das ABVD's e há mais recursos humanos, sendo mais oportuno. Durante o estágio a implementação desta avaliação foi supervisionada por mim, sendo que após o estágio, a enfermeira orientadora manifestou vontade em assumir este papel, mobilizando esforços para que se continuasse a realizar a avaliação da funcionalidade da pessoa idosa na realização das ABVD's.

Posto isto, a 4 de janeiro foi realizada uma primeira auditoria aos registos para que pudesse compreender as dificuldades na realização da avaliação (Apêndice XXX). Esta auditoria contemplou um total de 22 processos, dos quais 16 eram de pessoas idosas. Destes, 81,3% tinham a avaliação realizada. No entanto, quando analisados esses registos, verificaram-se algumas não conformidades nomeadamente na hora estabelecida para a avaliação (25%), na pontuação simultânea da deslocação em cadeira de rodas vs deambulação (onde só pode ser pontuada 1 das 2) (18,7%) e na mesma pessoa idosa avaliada, que deambulava, em diferentes avaliações foi avaliada uma vez deambulação e na avaliação seguinte foi considerada a cadeira de rodas (6,3%). Perante as lacunas identificadas optei por identificar o enfermeiro que realizou a avaliação e abordá-lo pessoalmente para trabalharmos em conjunto nas dificuldades. Esta estratégia mostrou-se eficaz na medida em que se verificou uma melhoria progressiva dos registos.

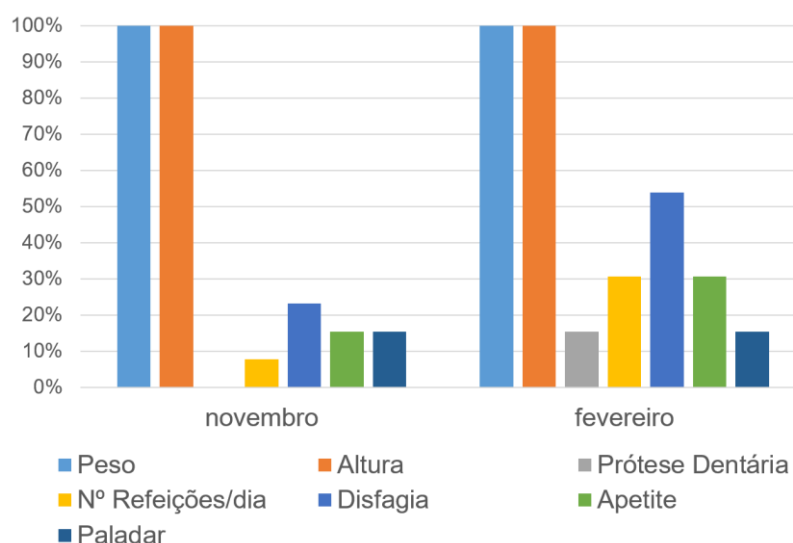
No dia 23 de janeiro, constatando que tinham sido admitidos no dia anterior 5 pessoas idosas, fui validar se tinha sido identificada a intervenção para a avaliação da funcionalidade. Verificou-se que nenhum processo tinha a intervenção programada. Perante esta evidência, com autorização da enfermeira-chefe, coloquei como imagem de fundo do ambiente de trabalho de cada computador uma imagem com a frase "Já avaliaste o Barthel hoje?!" (Apêndice XXXI) por forma a lembrar a equipa da necessidade de realizar a avaliação. Esta estratégia teve uma receptividade muito boa por parte da equipa que achou divertida esta abordagem.

No dia 7 de fevereiro realizei uma nova auditoria aos registos (Apêndice XXXII) analisando os processos das pessoas idosas admitidas entre 26 de janeiro e 6 de fevereiro num total de 17 processos, verificou-se que 82,4% tinham a avaliação

realizada e de forma coerente. As principais dificuldades manifestadas pela equipa prendem-se com a quantidade e complexidade de atividades inerentes à admissão/alta e prestação de cuidados. Tendo em conta que é um instrumento que a maioria dos elementos da equipa de enfermagem não domina irá sempre, pelo menos numa fase inicial, consumir mais tempo no seu preenchimento, sendo esta outra das dificuldades manifestadas. Por outro lado, na análise das cartas de alta não se verificou nenhuma alteração, pois deveria ser referido o grau de dependência na execução das ABVD's através da avaliação realizada com a Escala Modificada de Barthel, situação que apenas se verificou pontualmente, principalmente nas cartas de alta realizadas com a minha colaboração. Apesar disso esta atividade foi concluída com sucesso.

Relativamente às intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família, à medida que a equipa ia assistindo às sessões de formação verificou-se um esforço por parte de alguns elementos em abordar a temática da alimentação na admissão da pessoa idosa/família. Tal facto é visível na auditoria realizada a 6 de fevereiro 2018 (Apêndice XXXIII) onde foram analisados 13 processos (apenas a Avaliação Inicial). Comparativamente à auditoria já referida anteriormente (28 de novembro de 2017- Apêndice XVIII), de um modo geral verifica-se uma melhoria nos registos realizados tal como se pode observar no gráfico 7. Em todos os processos estava registado o peso e altura; em 15,4% a presença de prótese dentária; 30,7% tinha registado o número de refeições/dia; 53,8% tinha registado a presença ou ausência de disfagia; 30,7 % alterações do apetite e 15,4% alteração do paladar.

Gráfico 7. Evolução dos Registos Relativos à Alimentação/Nutrição na Avaliação da Pessoa Idosa



Estes dados revelam um esforço por parte de alguns elementos da equipa não só em questionar a pessoa idosa/família sobre possíveis dificuldades na alimentação, mas também na transmissão dessa informação em contexto de passagem de turno onde a informação mais pertinente passou também a ficar registada na folha utilizada para esse efeito.

Ao longo do estágio sempre que era identificada alguma dificuldade na alimentação de uma pessoa idosa, a equipa procurava a minha ajuda. Nesses momentos eram colocadas em prática algumas estratégias (adequadas a cada situação) na presença do enfermeiro responsável pelos cuidados a essa pessoa idosa, constituindo-se como momentos de aprendizagem. Para além disso, os conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica assim como a experiência durante o estágio na Unidade Cérebro Vascular permitiram-me capacitar a equipa de enfermagem do serviço de medicina para a avaliação da deglutição.

Uma das intervenções mais importantes na vigilância do estado nutricional da pessoa idosa foi a monitorização do peso corporal que anteriormente só era realizado com indicação médica, inerente a patologias específicas. Passou a ser realizado nas pessoas idosas desnutridas e em risco de desnutrição.

Outra das melhorias introduzidas foi na preparação de espessante, uma vez que anteriormente não eram respeitadas as instruções da embalagem, o que deixou

de acontecer após a sessão de formação que explicita a preparação. Deste modo, tornou-se mais fácil também a promoção da continuidade dos cuidados mesmo no domicílio, onde as famílias para serem capacitadas necessitam de medidas concretas para sentirem maior segurança nos cuidados que prestam, a maior parte do tempo sozinhas (Apêndice XIV – nota de campo do J2082).

Apesar da importância do autocuidado, verifica-se déficit de conhecimento por parte dos cuidadores, necessitando de mais informação e treino na otimização das ABVD's da pessoa idosa (Araújo et al., 2008; Aslani et al., 2016). Muitas vezes, no momento da alta, as pessoas idosas com AVC referem não se sentirem preparadas para lidar com o dia-a-dia e falta de suporte na adaptação a novas rotinas, sendo por isso fundamental que se estabeleçam, intervenções educacionais que capacitem a pessoa idosa e cuidadores familiares para o autocuidado de modo a assumirem a responsabilidade sobre a sua saúde e melhorar a sua adaptação à doença (Perry et al., 2013; Aslani et al., 2016).

No entanto, existem algumas barreiras para a educação das pessoas idosas e família nomeadamente o tempo que os enfermeiros dispõem, o número elevado de pessoas internadas e a complexidade de situações à sua responsabilidade, falta de profissionais e o trabalho exigente e desgastante. Na esfera de quem é cuidado as barreiras prendem-se com a iliteracia em saúde e/ou baixa escolaridade e a variedade de necessidades educacionais da pessoa idosa com AVC e família (Aslani et al., 2016).

Para além disso, verifica-se que a maior parte da intervenção educacional baseia-se no conhecimento e experiência do enfermeiro sendo que apenas 31,7% é adequado. Essas intervenções devem basear-se na transmissão de conhecimentos que desenvolvam competências na pessoa idosa com AVC e família de forma a capacitá-los para o autocuidado. Para que isso seja efetivo é necessário que o enfermeiro esteja capacitado, devendo para isso, investir-se na formação dos profissionais, promovendo o desenvolvimento de competências permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Aslani et al., 2016).

Através da implementação destas atividades, foi possível desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados uma vez que este projeto foi implementado em colaboração com a equipa de enfermagem, sendo otimizado de

forma dinâmica de acordo com o *feedback* que ia obtendo. Permitiu ainda a articulação dos cuidados com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, obrigando também por diversas vezes a gerir os recursos de acordo com cada situação e contexto com vista à manutenção da qualidade dos cuidados.

Foi possível desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, promovendo o autoconhecimento e a assertividade, marcando a minha posição perante alguns dilemas, fundamentando a minha argumentação na evidência científica.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Sendo a enfermagem uma profissão regulada por um Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, rege-se por um conjunto de princípios éticos e deontológicos que estão na base do exercício da profissão. Assim, decorrendo o projeto e o presente relatório do exercício da prestação de cuidados de enfermagem foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato das informações obtidas (Nunes, 2013).

Também o anonimato de cada pessoa idosa foi salvaguardado tendo sido atribuído um código a cada participante de modo a que não sejam identificados. A sua participação teve por base o consentimento inerente à prestação de cuidados, estando informados do meu papel enquanto enfermeira e aluna do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Salienta-se que anteriormente é feita referência ao plano de ação da UCC onde decorreu o estágio mas a mesma não é identificada, tal como não são identificados nenhum dos locais onde decorreu o estágio, de modo a salvaguardar o anonimato das instituições.

Relativamente ao instrumento de avaliação de risco nutricional utilizado, também foi solicitada autorização, sendo que pela resposta obtida esta não é necessária (Anexo III).

Foi obtida autorização por parte do conselho de administração e comissão de ética do hospital (Anexo V). Relativamente ao estágio que decorreu no contexto comunitário, apesar de ter sido realizado o pedido de autorização à comissão de ética (Anexo IV) para utilização do instrumento de avaliação do risco nutricional, e mesmo durante o estágio solicitado novamente o parecer, o mesmo nunca foi obtido, razão pela qual o instrumento em questão não foi utilizado neste contexto.

Relativamente ao questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de medicina, foi obtida a declaração de consentimento livre e esclarecido (Apêndice XX). Não foi considerado o sexo por forma a não identificar o único elemento masculino desta equipa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Perante o envelhecimento populacional a que assistimos nas últimas décadas, fruto da evolução tecnológica e científica, com reflexo na melhoria das condições de vida e acessibilidade aos serviços/cuidados de saúde, impõe-se um desafio constante aos profissionais e instituições de saúde: o cuidado à pessoa idosa.

Consequência do aumento da população idosa em Portugal e um pouco por todo o mundo é o aumento do número de doenças crónicas, destacando-se o AVC como a principal causa de mortalidade e morbilidade. Sendo uma doença passível de elevadas taxas de sobrevivência, implica que a sociedade seja confrontada com um maior número de pessoas idosas dependentes.

Neste sentido, urge investir na formação de profissionais no cuidado a esta faixa da população cada vez maior e com necessidades muito específicas, às quais não tem sido dada a devida atenção. Acresce a este facto a importância que os profissionais de saúde assumem na capacitação dos cuidadores familiares, na medida em que são fonte de conhecimento e supervisão dos cuidados prestados.

Um dos principais problemas inerentes ao processo de envelhecimento e que pode também decorrer de sequelas provocadas pelo AVC são os problemas com a alimentação. No decorrer deste percurso, tive a oportunidade de analisar o que a evidência científica tem vindo a demonstrar nos últimos anos: o impacto que a nutrição tem na saúde, na qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa e família. Apesar de reconhecida a sua importância esta não se reflete nos cuidados prestados, daí a pertinência deste projeto.

A metodologia de projeto mostrou-se eficaz na medida em que me proporcionou o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados, bem como na capacitação dos enfermeiros envolvidos neste projeto para o cuidado à pessoa idosa com AVC, com défice no autocuidado da alimentação e família.

Considerando o percurso realizado ao longo do estágio, onde tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa idosa (com e sem AVC) e família em diferentes contextos sobressaem algumas considerações merecedoras de reflexão.

Tal como referido anteriormente, aquando da admissão hospitalar, a pessoa idosa pode já apresentar sinais de compromisso do seu estado nutricional. Neste sentido, em contexto comunitário, local privilegiado de investimento na educação para a saúde e prevenção da doença, seria importante realizar a avaliação do risco nutricional na população idosa. Esta avaliação iria permitir identificar situações de risco (seja fisiológico como por exemplo a perda de peso/apetite, alterações da deglutição, seja sócio-económico, ou outro) articulando os cuidados com outros elementos da equipa multidisciplinar (dietista/nutricionista, terapeuta da fala, médico e/ou assistente social) de modo a evitar complicações mais graves que possam culminar não só no internamento hospitalar, mas também no aumento da mortalidade e morbilidade.

Na fase aguda do AVC, verificou-se (na unidade cérebro vascular) uma especial atenção na identificação de alterações da deglutição e salvaguarda de um aporte nutricional adequado nas pessoas idosas com alimentação entérica. No entanto, nas pessoas idosas com alteração funcional na satisfação do autocuidado da alimentação, verifica-se que muitas vezes, não existe equipamento adequado à promoção deste autocuidado.

Relativamente aos cuidados prestados em contexto de internamento num serviço de medicina, foi destacada a importância da avaliação da funcionalidade da pessoa idosa na execução das ABVD's, tendo sido implementada a Escala Modificada de Barthel. Este projeto foi uma mais-valia na medida em que consegui alertar a equipa para problemática da alimentação na pessoa idosa com AVC, capacitando-os para a identificação precoce de problemas prévios, implementando estratégias que possam colmatar possíveis défices e tornar a pessoa idosa agente de autocuidado. Foi salientada ainda a importância dos registos e a capacitação dos cuidadores familiares para a continuidade dos cuidados neste âmbito, com vista à prevenção de sequelas e reinternamentos.

Na admissão os enfermeiros passaram a abordar a temática da alimentação questionando a pessoa idosa e/ou família sobre os hábitos alimentares e possíveis dificuldades/constrangimentos, o que permitiu a articulação mais rápida com a dietista e consequentemente ajustes dietéticos mais eficazes e de forma mais precoce numa tentativa de evitar o declínio funcional e nutricional.

Outra das intervenções implementadas foi a monitorização do peso corporal na pessoa idosa sempre que possível e sempre que seja identificado risco de desnutrição. No entanto, ao longo do estágio não se obtiveram dados concretos sobre as oscilações de peso, devido a vários fatores: a falta de recursos adequados, constatando-se que o equipamento disponível não estava devidamente calibrado, sendo já antigo, verificando-se algumas incongruências. Para além disso os internamentos inferiores a 7 dias (período de tempo estipulado), não permitiram a obtenção e análise desses dados. Teria sido interessante verificar (ou não) oscilações de peso durante os internamentos mais prolongados, procurando identificar os fatores que contribuem para essa variação, assim como validar a eficácia das intervenções implementadas através do impacto que podem ter no estado nutricional e na funcionalidade da pessoa idosa. Tal não foi possível uma vez que seria necessário um período de tempo de estágio superior ao que estava estipulado.

Por outro lado, verificou-se uma melhoria na preparação de espessante de modo a uniformizar a atuação da equipa perante a pessoa idosa com disfagia, melhorando consequentemente a preparação dos cuidadores familiares para o regresso a casa, através de uma estratégia de capacitação sistematizada e não apenas empírica, baseada na sensibilidade/experiência de cada enfermeiro.

É de salientar também a capacitação dos assistentes operacionais, uma vez que são um dos elementos da equipa multidisciplinar mais participativos na alimentação da pessoa idosa, focando a importância que têm na articulação com os enfermeiros na identificação de alguns sinais de alerta ou dificuldades, assim como na promoção do autocuidado.

Por fim o desenvolvimento de um Guião de Boas Práticas no Cuidado à Pessoa Idosa com AVC com Défice no Autocuidado da Alimentação e Família foi uma mais-valia, assumindo-se como um contributo que ficou no serviço de medicina com o intuito de compilar a informação trabalhada ao longo do estágio, visando a elaboração de uma instrução de trabalho permitindo sistematizar a prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família.

O desenvolvimento deste projeto permitiu a criação de momentos de discussão em equipa possibilitando a análise e reflexão das práticas, trabalhando em conjunto no desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos.

Debatemo-nos com vários obstáculos que em momento algum comprometeram a concretização deste projeto exigindo para isso perseverança, criatividade e flexibilidade no desenvolvimento de novas estratégias.

Não posso deixar de abordar a importância de todo este percurso não só no meu desenvolvimento profissional mas também pessoal. Quando ingressei no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, um dos meus objetivos era conhecer outras realidades diferentes da minha prática diária (área da ortotraumatologia). Para além disso, salientar a importância de ter sido orientada por enfermeiros nesta área de especialidade, destacando-se no serviço de medicina, em que a enfermeira orientadora era especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa Idosa.

Este relatório marca o fim desta etapa académica, mas encaro-o também como o princípio da mudança na minha abordagem de cuidados à pessoa idosa e família. Neste sentido, pretendo continuar a investir na temática da alimentação na pessoa idosa, transpondo os conhecimentos e competências desenvolvidas para o meu contexto de trabalho. Para além de continuar a atualização de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica atual sobre o tema, tenho como objetivo futuro dar a conhecer mais em profundidade o trabalho desenvolvido à enfermeira responsável pelo meu serviço, assim como à dietista, propondo a realização de formação em serviço aos enfermeiros e assistentes operacionais sobre a alimentação na pessoa idosa e as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa e família. Pretendo ainda dar a conhecer este projeto através deste relatório e consequente discussão pública e posteriormente a publicação de um artigo numa revista de enfermagem.

Tal como referido no início deste relatório, este projeto tem como finalidade desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa.

Este projeto permitiu-me assim desenvolver competências enquanto mestre uma vez que o exercício da prática de cuidados foi baseada na evidência e capacidade de liderança, assumindo muitas vezes um papel de referência na equipa. Desenvolvi a minha capacidade reflexiva da prática de cuidados de enfermagem, adequando e

articulando os conhecimentos com outras disciplinas nos diferentes contextos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (ESEL, 2014).

Tendo em consideração o Modelo Dreyfus, considero ter atingido o nível de proficiente, uma vez que para alcançar o nível de perita é necessário tempo para aquisição de experiências e maturação dos conhecimentos. Atingi o nível de proficiente uma vez que avalio cada situação de forma global, articulando com experiências anteriores e recorrendo a máximas, tendo melhorado o meu processo de tomada de decisão (Benner, 2001).

Por fim, a implementação deste projeto permitiu-me desenvolver competências no âmbito da responsabilidade nos seus diferentes domínios, através do exercício de uma prática de cuidados assente nos princípios éticos e profissionais com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Sendo um projeto de intervenção profissional, baseado na evidência científica contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família, permitindo a criação e manutenção de um ambiente seguro.

A implementação deste projeto não teria sido possível sem a colaboração e *feedback* da equipa de enfermagem nos diferentes contextos, permitindo o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, através da articulação dos cuidados com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e gestão dos recursos de acordo com cada situação e contexto de modo a manter a qualidade dos cuidados.

Finalmente, competências no domínio das aprendizagens profissionais, permitindo-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade baseando os meus argumentos na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas*, 76(4), 296–302. DOI:[10.1016/j.maturitas.2013.07.013](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.013)
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (geriatric instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
- Araújo, M. I., Paúl, C. & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – um desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 43-53. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=231&codigo=
- Aslani, Z., Alimohammadi, N., Taleghani, F. & Khoransi, P. (2016). Nurse's empowerment in self-care education to stroke patients: An action research study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(4), 329-338. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045977/>
- Barbosa, M. (2013). *Alimentação no ciclo de vida: Alimentação na pessoa idosa* [versão Power Point]. Disponível em: http://www.spqg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao%20no%20idoso.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Bogdan, R. & Biklen, S. K. (1999). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Ed..
- Bogdan, R. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Ed.

- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 563-567. DOI:[10.4236/ojn.2013.38077](https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077)
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., Bischoff, S. C. (2018). ESPEN Guideline Nutrition in Neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. DOI:[10.1016/j.clnu.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003)
- Cabete, D. (1999). Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In: Costa, M. A., Soldevilla Agreda, J., Ermida, J., Cordeiro, M. P., Almeida, M. L., Cabete, D.,... Lopes, J., *O idoso - problemas e realidades* (pp. 93-113). Coimbra: Formasau.
- Clara, M.C.G. (2009). *Evolução do estado nutricional num doente com disfagia no pós-AVC*. (Estudo de caso). Repositório Aberto da Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54587/3/130996_0962TCD62.pdf
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Ministério da Saúde cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade social e da Saúde. *Diário da República, I Série*, N.º 109 de 18-12-2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- DiMaria-Ghalili, R. A. (2016). Nutrition in Health. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 125-135). New York: Springer.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017* [Versão PDF]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

- Edwards, D., Carrier, J. & Hopkinson, J. (2017). Assistance at mealtimes in hospital settings and rehabilitation units for patients (>65 years) from the perspective of patients, families and healthcare professionals: a mixed methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 100-118. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.013>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de Mestrado*. Disponível em: https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2511FDC0-550C-4028-8C97-9489B5875378/0/Regulamento_mestrado_2014_comdespacho.pdf
- Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving (2009). *Caregiving*. Acedido a 30 de março de 2018. Disponível em: <https://www.caregiver.org/caregiving>
- Fernández-Barrés, S., García-Barco, M., Basora, J. Martínez, T., Pedret, R., Arija, V. & Project ATDOM-NUT Group (2017). The efficacy of a nutrition education intervention to prevent risk of malnutrition for dependent elderly patients receiving home care: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 131-141. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.020>
- Foster, P. & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In J. George, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática de enfermagem* (4ª ed., pp. 83-101). Porto Alegre: Artmed.
- Fulmer, T. & Wallace, M. (2012). Fulmer SPICES: An overall assessment tool for older adults. *Try This: Best Practices in Nursing to Older Adults*, 1, 1-2. Disponível em: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-1>
- Gomes, F., Emery P. W. & Weekes C. E. (2016). Risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(4), 799-806. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.12.017>
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

- Gregório, M. J., Santos, M. C. T., Ferreira, S. & Graça, P. (2012). *Alimentação inteligente - Coma melhor, poupe mais* [Versão PDF]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/o-livro-alimentacao-inteligente-coma-melhor-poupe-mais-foi-o-vencedor-do-premio-nutrition-awards-2013-.aspx>
- Hagglund, P., Olai, L., Stahlacke, K., Persenius, M., Hagg, M., Andersson, M.,... Carlsson, E. (2017). Study protocol for the SOFIA project: Swallowing function, oral health, and food intake in old age: A descriptive study with a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 17(78), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0466-8>
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1049732305276687>
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas demográficas 2015* [Versão PDF]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=275533085&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estatísticas demográficas 2016* [Versão PDF]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (02/12/2014). *Ecos – Em casa observamos saúde*. Acedido a 2017/04/10. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/ecos-em-casa-observamos-saude/>
- Jacobson, C., Axelsson, K., Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 255-264. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00355.x>
- Klinke, M. E., Wilson, M. E., Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. *Disability & Rehabilitation*, 35(17), 1491-1500. DOI: [10.3109/09638288.2012.736012](https://doi.org/10.3109/09638288.2012.736012)

- Kralik D., Visentin K. & van Loon A. (2006) Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x)
- Lindroos, E., Jyvakorpi, J., Soini, H., Muurinen, S., Saarela, R. K. T., Pitkala K. H. & Suominen, M. H. (2017). Swallowing difficulty and nutrient intakes among residents in assisted living facilities in Helsinki. *European Geriatric Medicine*, 8(3), 228–233. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.04.006>
- Loureiro, M. H.V. S. (2008). *Validação do Mini-Nutritional Assessment em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/10439>
- Lüdke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Marshall, S., Bauer, J., Capra, S. & Isenring, E. (2013). Are informal carers and community care workers effective in managing malnutrition in the older adult community? A systematic review of current evidence. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 17(8), 645– 651. DOI: [10.1007/s12603-013-0341-z](https://doi.org/10.1007/s12603-013-0341-z)
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner D. & Diamant, N. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). *Stroke*, 40(2), 555-561. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/2/555.full.pdf+html>
- Martins, M. C. A. & Fernandes, P. F. C. (2010). *O Gestor de Caso: aplicabilidade do conceito* (Relatório). Disponível no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. ESALD – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1731>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N.,... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5(Special Issue on Person-centredness), 1-15. Disponível em: <https://www.fons.org/library/journal-ipdj-home>
- Medin, J., Larson, J., Arbin, M., Wredling, R. & Tham, R. (2010). Striving for control in eating situations after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 772-780. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2010.00775.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00775.x)

- Medin, J., Windahl, J., Arbin, M., Tham, K. & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among stroke patients in the acute state: A descriptive, cross-sectional, comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2563–2572. DOI:[10.1111/j.1365-2702.2011.03812.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03812.x)
- Meleis, A. I. & Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. I., Meleis, *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-64). New York: Springer.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Menezes, M. F. G., Tavares, E. L., Santos, D. M., Targueta, C. L. & Prado, S. D. (2010). Alimentação Saudável na Experiência de Idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 267-275. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200011>
- Mentes, J. C. (2016). Managing oral hydration. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker, *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 111-124). New York: Springer.
- Mizrahi, E.; Arad, M., Weiss, A., Leibovitz, A. & Adunsky, A. (2013). Eating management and functional outcome of elderly patients with symptomatic ischemic stroke undergoing inpatient rehabilitation. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(3), 701-705. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.12003>
- Mosselman, M. J., Kruitwagen, C. L., Schuurmans, M. J. & [Hafsteinsdóttir, T. B.](#) (2013). Malnutrition and risk of malnutrition in patients with stroke: Prevalence during hospital stay. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45(4), 194-204. DOI:[10.1097/JNN.0b013e31829863cb](https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e31829863cb)
- National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg68/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-975574676437>

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Stroke rehabilitation in adults*.

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>

National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Acute stroke*. Disponível em:

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke/acute-stroke#content=view-node%3Anodes-assessing-swallowing-function-and-oral-nutrition>

Nestlé Nutrition Institute (2017). Mini Nutritional Assessment. Disponível em:

<http://www.mna-elderly.com/>

Nestlé Nutrition Institute (s.d). Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®

[Versão PDF]. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf

Ney, D. M., Weiss, J. M., Kind, A. J. H. & Robbins, J. (2009). Senescent swallowing: Impact, strategies, and interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(3), 395-413. DOI:[10.1177/0884533609332005](https://doi.org/10.1177/0884533609332005)

Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/?cr=33178>

Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

North American Nursing Diagnoses Association. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification, 2012-2014*. Oxford : Wiley-Blackwell.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem* [Versão PDF]. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf%3B>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nutrition Up 65 (19/10/2016). *Nutrition Up 65 Notícias: 44% dos idosos portugueses têm excesso de peso*. Acedido em 2017/10/08 Disponível em: <https://nutritionup65.up.pt/2016/10/19/nutrition-up-65-nas-noticias-44-dos-idosos-portugueses-tem-excesso-de-peso/>

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos* [Versão PDF]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* [Versão PDF]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (3ª ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building block for action* [Versão PDF]. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>

Organização Mundial da Saúde (2005). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental* [Versão PDF]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial da Saúde [Versão PDF]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.0_1_por.pdf;jsessionid=35447BE2AA6C6272E1A6110E2B122C67?sequence=6

Parker, C., Power, M., Hamdy, S., Bowen, A., Tyrrell, P. & Thompson, D. (2004). Awareness of dysphagia by patients following stroke predicts swallowing performance. *Dysphagia*, 19(1), 28-35. DOI: [10.1007/s00455-003-0032-8](https://doi.org/10.1007/s00455-003-0032-8)

Pereira, I. C. B. F. (2013). *Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Ed.

- Perry, L., Hamilton, S., Williams, J. & Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: Descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 17-40. DOI:[10.1111/j.1741-6787.2012.00255.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00255.x)
- Pilgrim, A. & Robinson, S. (2015). An overview of appetite decline in older people. *Nursing Older People*, 27(5), 29–35. DOI:[10.7748/nop.27.5.29.e697](https://doi.org/10.7748/nop.27.5.29.e697)
- Porter, J., Ottrey, E. & Huggins, C. E. (2017). Protected mealtimes in hospitals and nutritional intake: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 62-69. DOI:[10.1016/j.ijnurstu.2016.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.002)
- Ribeiro, S., Furtado, C. & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(11), 847-54. Disponível em: <http://www.revportcardiol.org/>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 0(6), 12-19. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- Sands, J. K. & Maxwell-Thompson, C. L. (2003) Intervenções junto de pessoas com problemas vasculares, degenerativos e auto-imunes, do cérebro. In W. Phipps, J. Sands & J. Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática Clínica* (pp. 1975-2022). Loures: Lusociência.
- Sauer, A., Alish, C., Strausbaugh, K., West, K. & Quatrara, B. (2016). Nurses needed: Identifying malnutrition in hospitalized older adults. *NursingPlus Open*, 2, 21-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.05.001>
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis. *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 38-51). New York: Springer.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.

- Silva, I., Neves, C., Vilela, A. C., Bastos, L. & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Sivertsen, J., Graverholt, B. & Espehaug, B. (2017). Dysphagia screening after acute stroke: quality improvement project using criteria based clinical audit. *BMC Nursing*, 16(27), 1-8. DOI: [\[10.1186/s12912-017-0222-6\]](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0222-6)
- Smith, C. M. & Cotter, V. T. (2016). Age-related changes in health. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (pp. 23-41). New York: Springer.
- Soderhamn, U. & Soderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 431–439. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02378.x)
- Sousa-Uva, M. & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Observações - Boletim Epidemiológico*, 9, 12-14. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim Epidemiologico Observacoes_9_2014_artigo4.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf)
- Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008) A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843–860. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x)
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298. DOI: [10.2147/CIA.S23404](https://doi.org/10.2147/CIA.S23404)
- Taylor, S. G. (2002). Dorothea E. Orem: Teoria do déficit de auto-cuidado de enfermagem. In: A. M. Tomey & M. R. Alligood. *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed., pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M, Teuschl, Y, Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*, 38(11), 2948–2952. DOI: [10.1161/STROKEAHA.107.483933](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933)

- Walton, K., Williams, P., Tapsell, L., Hoyle, M., Shen, Z. W., Gladman, L. & Nurka, M. (2013). Observations of mealtimes in hospital aged care rehabilitation wards. *Appetite*, 67, 16–21. DOI: [10.1016/j.appet.2013.03.006](https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.006)
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review*, 53(2), 143-149. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2006.00460.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00460.x)
- Westergren, A. (2008). Nutrition and its relation to mealtime preparation, eating, fatigue, and mood among stroke survivors after discharge from hospital – A pilot study. *The Open Nursing Journal*, 2, 15-20. DOI: [10.2174/1874434600802010015](https://doi.org/10.2174/1874434600802010015)
- Westergren, A., Lindholm, C., Mattsson, A. & Ulander, K. (2009). Minimal eating observation form: Reliability and validity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(1), 6-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0002-4>
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 416-426. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01884.x>
- Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefalt, B. & Hallberg, I. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or = 65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 341–351. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00025-6)
- Wirth, R., Smoliner, C., Jager, M., Warnecke, T., Leischker, A. H., Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*, 5(14), 1-11. DOI: [10.1186/2040-7378-5-14](https://doi.org/10.1186/2040-7378-5-14)
- World Gastroenterology Organisation. (2014). *Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais: WGO practice guidelines* [Versão PDF]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>
- World Health Organization - Regional Office for South-East Asia (2018). *Health situation and trend assessment*. Acedido a 2018/10/04. Disponível em: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-population/en/

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* [Versão PDF]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

World Health Organization. (2016). *Cardiovascular disease*. Acedido em 2017/06/08. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/

World Health Organization. (2017). *Cardiovascular Disease – Strategic Priorities*. Acedido em 2017/06/08. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/

Wright, L. M. & Leahey, M. (2010). *Enfermeiras e famílias – Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). São Paulo: ROCA.

Zabalza, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão ☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos ☐

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim 0 = não ☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não ☐

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não ☐

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições ☐

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim» ☐ ☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim ☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos ☐ ☐

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional ☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor ☐ ☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22 ☐ ☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 ☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐ ☐ ☐

Pontuação da triagem ☐ ☐ ☐

Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos ☐ estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos ☐ sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos ☐ desnutrido

Pedido de Autorização à Entidade Responsável pelo MNA



ANA MARTA PLÁCIDO ALVES <ana.alves@campus.esel.pt>

Request to use the MNA

ANA MARTA PLÁCIDO ALVES <ana.alves@campus.esel.pt>

Mon, Sep 4, 2017 at 4:11 PM

To: info@mna24.com

I am a student of the 8th Postgraduate Course in Specialization and Master's Degree in Medical-Surgical Nursing - Elderly Person, from the Nursing School of Lisbon.

In this context, I developed a traineeship project that intends to approach nursing interventions in the promotion of self-care feed of the elderly person with stroke. This project aims to develop skills as a teacher and nurse specialist in providing care for the elderly and contribute to the development of skills of the nursing team, in promoting self-care of the person with stroke.

In this sense, the use of the MNA by the nursing team would be most pertinent. Therefore, I hereby request the necessary authorization and the information necessary for its use.

Thank you for your availability,

Resposta ao pedido de utilização do MNA



ANA MARTA PLÁCIDO ALVES <ana.alves@campus.esel.pt>

Request to use the MNA

Janet Skates <janetskates@charter.net>

Fri, Sep 8, 2017 at 4:58 PM

To: ANA MARTA PLÁCIDO ALVES <ana.alves@campus.esel.pt>

Cc: Miguel Layola <Miguel.Layola@es.nestle.com>, "Dias,Daniela Teresa,LISBOA,Nestle Health Science" <DanielaTeresa.Dias@pt.nestle.com>

Hello Ana Marta,

Thank you for your interest in Nestlé's Mini Nutritional Assessment (MNA®) and for inquiring about permission to use the MNA® in the traineeship project you are developing for use by nurses caring for stroke patients. Nestlé does not require special permission for you to use the tool in your project as long as absolutely no changes are made to the MNA® form as downloaded from the MNA® website (www.mna-elderly.com). If possible, we would greatly appreciate recently a copy of the finished work.

Please let me know if you have further questions. Good luck with your project.

Kind regards,

Janet Skates

Nestlé Health Science Consultant

MNA® Mini Nutritional Assessment Application

[1 \(423\) 239-7176](tel:14232397176)

janetskates@yahoo.com

**Anexo IV – Pedido de Autorização ao ACES para Utilização do MNA
em Contexto Comunitário**

Exma. Senhora Diretora do ACES [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realizar avaliação do risco nutricional na pessoa idosa através do Mini Nutritional Assessment (MNA).

Eu, Ana Marta Plácido Alves, enfermeira no [REDACTED] encontro-me a realizar o Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito, encontro-me a realizar estágio de 26/09/2017 a 20/10/2017, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC [REDACTED] sob orientação da Sr.^a Enfermeira [REDACTED]

[REDACTED] No decorrer do estágio pretendo desenvolver um projeto sobre as intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família. Trata-se de um projeto de intervenção profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e não um projeto de investigação. A participação da equipa de enfermagem e dos utentes será voluntária e será garantida a confidencialidade das pessoas envolvidas assim como dos dados recolhidos e instituição.

Envio informação com fundamentação para a utilização da escala e do tema do projeto, assim como a resposta ao pedido de autorização da entidade responsável pelo MNA.

FUNDAMENTAÇÃO

A capacidade de comer, desfrutar da refeição e participar nas atividades sociais relacionadas com as refeições, são aspetos importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa e família, bem como na recuperação de doença aguda (Hagglund et al, 2017). No entanto, quando ocorre um AVC esta realidade transforma-se. As dificuldades na alimentação na pessoa idosa com AVC variam de pessoa para pessoa e com o tipo de lesão provocada, com o ponto comum de que interferem com o quotidiano de cada indivíduo nomeadamente na sua capacidade para o autocuidado, podendo condicionar todo o processo de reabilitação (Perry et al., 2012; Klinke, 2013).

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações que podem comprometer o estado nutricional da pessoa. Quando surge uma doença como o AVC, estas limitações podem agravar-se. O impacto na alimentação após o AVC, passa não só pelas dificuldades na deglutição, como a disfagia, mas também na preparação e transporte da comida à boca (Jacobson et al, 2000; Westergren, 2006, 2008).

A avaliação e monitorização do estado nutricional do idoso, aquando do internamento hospitalar, é fundamental de modo a identificar causas e fatores de risco, com vista ao planeamento e implementação de intervenções adequadas (Wirth et al., 2013; DiMaria-Ghalili, 2016). Para além disso, de acordo com o *Reaolution ResAp*¹ (2003) a avaliação do risco nutricional deve ser realizada a todos os doentes desde a admissão até à alta hospitalar.

Este fenómeno deve ser visto como um problema para a enfermagem pois muitas vezes, aquando da admissão hospitalar, a pessoa idosa já apresenta alterações no estado nutricional, podendo agravar-se com a doença e internamento, contribuindo para o aumento da morbilidade e custos com os cuidados de saúde (DiMaria-Ghalili, 2016).

Assim, será pertinente implementar a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa através do Mini Nutritional Assessment. Este é um instrumento que permite a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa aquando da admissão, assim como

¹ Conselho Europeu de Ministros - Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals, 12 novembro 2003. Disponível em: https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/11.resolution/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf

a monitorização de alterações durante o internamento, permitindo uma intervenção atempada, evitando o declínio nutricional (Loureiro, 2008).

Por outro lado, aquando do AVC, preconiza-se a avaliação do estado funcional de modo a caracterizar o grau de independência. De acordo com a DGS, uma das escalas a mobilizar na avaliação da pessoa idosa com AVC é a escala de Barthel. Esta avalia o grau de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do sanitário, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Pode ser preenchido através da observação direta, dos registos clínicos ou pela própria pessoa, avaliando se é independente no desempenho de determinadas tarefas (Norma nº 054/2011 de 27/12/2011; Apóstolo, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). ESENFEC.

DiMaria-Ghalili, R. A. (2016). Nutrition in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. (pp. 125-135). New York: Springer Publishing Company.

Hagglund, P.; Olai, L.; Stahlnacke, K.; Persenius, M.; Hagg, M.; Andersson, M.; (...); Carlsson, E. (2017). Study protocol for the SOFIA project: Swallowing function, oral health, and food intake in old age: a descriptive study with a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 17(78), 1-8.

Jacobson, C.; Axelsson, K.; Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 255-264.

Klinke, M. E.; Wilson, M. E.; Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. *Disability & Rehabilitation*, 35(17), 1491-1500.

Loureiro, M. H.V. S. (2008). *Validação do Mini-Nutritional Assessment Em Idosos*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Perry, L.; Hamilton, S.; Williams, J.; Jones, S. (2012). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *World Views on Evidence-Based Nursing Sigma Theta Tau International*, 10(1), 17-40.

Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. International Council of Nurses, *International Nursing Review*, 53(2), 143-149.

Westergren, A. (2008). Nutrition and its Relation to MEalttime Preparation, Eating, Fatigue, and Mod Among Stroke Survivors after Discharge from Hospital – A pilot study. *The Open Nursing Journal*, 2, 15-20.

Wirth, R.; Smoliner, C.; Jager, M.; Warnecke, T.; Leischker, A. H.; Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*, 5(14), 1-11.

**Anexo V – Autorização para Utilização do MNA em Contexto
Hospitalar**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 17.11.2017
Processo n.º 494/2017

Título: "Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família"

Relator: Paula Martinho da Silva, Dra

Investigador Principal: Ana Marta Plácido Alves, Enfª

Local:

Parecer:

A investigação em causa propõe contribuir para "a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem", decorre no âmbito do estágio da investigadora e tem como objetivo "desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família" bem assim como "contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família".

O objetivo traçado pretende ser desenvolvido através de recolha de dados que serão obtidos através da observação e entrevista semi dirigida, no sentido de compreender os hábitos alimentares da pessoa idosa, registando, ainda as medidas fisiológicas e realizando-se "notas de campo" no sentido de registar as dificuldades identificadas no autocuidado da alimentação da pessoa idosa com AVC, as intervenções realizadas e o resultado dessa intervenção.

De acordo com a investigadora será garantida toda a confidencialidade e anonimato dos participantes.

O consentimento informado será obtido verbalmente e dadas as características do estudo não será solicitado parecer à CNPD.

Analisado o projeto apresentado e tendo sido suscitadas algumas dúvidas foram solicitados à investigadora os seguintes esclarecimentos:

A investigadora não indica no seu projecto de que forma é feita a recolha de dados, se de forma anónima ou não. Por outro lado, no projecto é junto um exemplar de um MNA (Mini Nutritional Assessment) com campos de identificação (pensamos que do paciente) onde constam espaços de preenchimento dos elementos identificativos, designadamente nome e apelido, sexo, idade, entre outros.

A investigadora nada refere quanto à identificação ou não dos pacientes e da forma como vai analisar estes dados, apenas referindo que a submissão de parecer ao CNPD não é aplicável.

Solicitamos assim que a investigadora esclareça esta Comissão sobre a forma como vai proceder à recolha de dados dos pacientes e à sua identificação."

Em resposta a este pedido foi indicado que "no cumprimento do dever e obrigação de proteger o anonimato dos doentes e a confidencialidade dos dados ao longo do estágio, os doentes não serão identificados, sendo atribuído a cada formulário do MNA um código, de modo que ninguém associe os dados colhidos aos participantes".

Conclusão:

Tendo em conta as explicações dadas, o conteúdo do projeto, e dado que estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeitando as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, entende esta Comissão emitir parecer favorável à sua realização, desde que, no formulário MNA não conste o preenchimento dos dados identificativos de cada paciente, sendo estes substituídos pelo referido código.

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

*O Conselho aprova os
termos propostos pelo
Comissão de Ética*

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO	
Secretariado	<u>C1</u>
Nº	<u>410</u>
Entrada	<u>09/03/2018</u>
Saida:	<u> </u>

PRESENTE À SESSÃO DO	
C.A.E. DE <u>7/12/2017</u>	
A Presidente	<u>[assinatura]</u>
O Vogal	<u>[assinatura]</u> António Nunes
O Vogal	<u>[assinatura]</u> Fátima Nunes
O Diretor Clínico	<u>[assinatura]</u> Luís Nunes
A Enfª Diretora	<u>[assinatura]</u> Armendina Antunes
ATA Nº <u>50</u> / 2017	

APÊNDICES

Objetivo geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão <i>scoping</i> sobre a pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação; - Pesquisa bibliográfica sobre intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve a informação recolhida sobre a temática que caracterize o estado de arte da temática à luz da evidência científica atual.
Prestar cuidados à pessoa idosa com AVC ¹ e família em contexto hospitalar e domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar e domiciliário; - Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família nos referidos contextos; - Avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, incluindo a escala de Barthel e o MNA; - Análise das práticas de cuidados à pessoa idosa com AVC e família nos referidos contextos; - Realização de estudos de caso; - Mobilização dos princípios de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve a prestação de cuidados tendo em atenção a avaliação multidimensional da pessoa idosa, família e contexto. - Mobiliza instrumentos de avaliação da família e pessoa idosa. - Resultado da análise das práticas à luz da evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro especialista.

¹ NOTA: caso não encontre pessoas idosas com AVC em contexto domiciliário ou no serviço de medicina, salvaguarda-se que a prestação de cuidados será em pessoas idosas com défice no autocuidado da alimentação.

		<ul style="list-style-type: none">- Apresenta reflexões da prática de cuidados segundo o ciclo de Gibbs.- Discussão dos estudos de caso.- % de pessoas idosas com AVC com risco nutricional- Demonstração e validação do comportamento das famílias relativamente à alimentação da pessoa idosa com AVC.- No Hospital a família valida com o enfermeiro antes de iniciar a alimentação.
--	--	---

Objetivo geral 2: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio	<ul style="list-style-type: none">- Reunião com a enfermeira chefe;- Reuniões com a equipa multidisciplinar;- Identificar aliados.	<ul style="list-style-type: none">- % de elementos da equipa que tomam conhecimento do projeto.- <i>feedback</i> da equipa.- Identificação dos aliados no serviço de medicina.
Analisar as práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família	<ul style="list-style-type: none">- Reuniões para discussão das práticas, brainstorming;- Análise dos registos, incluindo carta de alta/transferência;- Identificação das necessidades formativas baseadas nas reuniões e análise dos registos.	<ul style="list-style-type: none">- Atas das reuniões.- Resultado da análise dos registos.- Necessidades formativas identificadas.

<p>Elaborar com a equipa de enfermagem orientações para as boas práticas no cuidado à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura sobre quais as intervenções de enfermagem adequadas para a prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família; - Realização de formação à equipa sobre as intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família; - Construção de um guião de boas práticas de intervenção na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família; - Apresentação e discussão com a equipa do guião de boas práticas elaborado; - Teste de aplicabilidade do guião durante duas semanas; - Reunião para <i>feedback</i> (sugestões e dificuldades) sobre a aplicação do guião; - Reformulação do guião (se necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de participantes. - Guião de boas práticas de intervenção na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família. - % de guiões preenchidos no período de teste. - Recolhe o <i>feedback</i> dos enfermeiros e sugestões. - Descreve e identifica as intervenções de enfermagem adequadas para a promoção do autocuidado da pessoa idosa com AVC e família. - Número de sessões de formação. - Mobilização de estudos de caso nas formações.
---	--	---

<p>Implementar com a equipa de enfermagem estratégias baseadas na evidência científica, adequadas à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação das estratégias definidas a partir do dia 18 de Dezembro; - Implementação da escala de Barthel, MNA e outros resultantes da pesquisa bibliográfica; - Auditorias aos registos; - Avaliação e apresentação dos resultados à equipa; - Realização do relatório final. 	<ul style="list-style-type: none"> - % de guiões utilizados - Avaliação multidimensional da pessoa idosa (escala de Barthel, MNA) - Resultados das auditorias que evidenciem: <ul style="list-style-type: none"> – % de pessoas idosas com AVC em que se mobilizou o guião – % de pessoas idosas com AVC com risco nutricional;
---	---	---

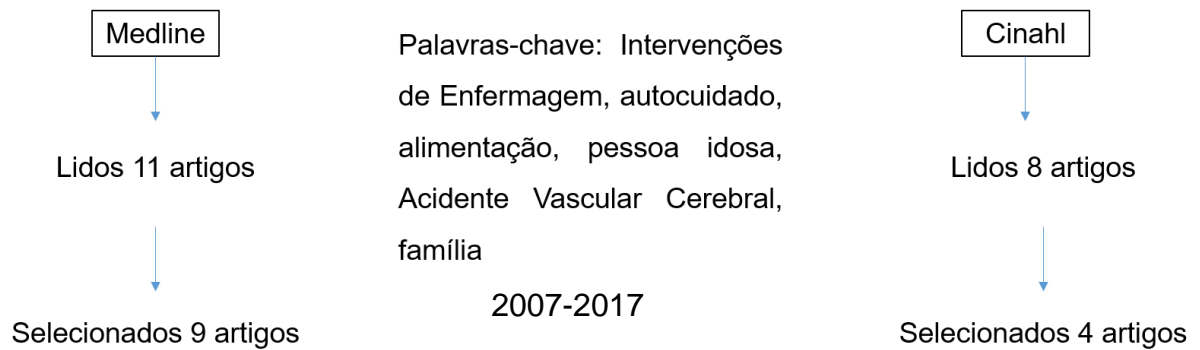
CRONOGRAMA

[illegible]

Revisão *Scoping*

Questão de Partida:

Quais as intervenções de enfermagem na promoção no autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família?



Apêndice III – Apresentação do Projeto de Estágio às Equipas

Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família.

Ana Marta Plácido Alves, nº 356

08-06-2017

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Avanços tecnológicos
Melhoria das condições de vida
Melhoria no acesso aos cuidados de saúde
Diminuição das taxas de natalidade e mortalidade



Aumento do envelhecimento populacional

(OMS, 2015)

EM PORTUGAL

- ↑ índice de envelhecimento
- 2010 e 2015 ↓ da população jovem e ativa e ↑ da população » 65 anos
- ↑ incidência e prevalência das doenças crónicas
- 3º país da União Europeia com menos anos de vida saudável à nascença (INE, 2016)

FENÓMENO DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

- ✓ Mercado laboral,
- ✓ Serviços de proteção social e de saúde
- ✓ Alterações na estrutura e dinâmica familiar
- ✓ Conflitos intergeracionais

(UN, 2015)

DOENÇA CRÓNICA

Engloba doenças prolongadas e às quais pode estar associado um determinado grau de incapacidade (Phipps, 2003, p.145)

Doenças cardiovasculares

- ✓ Cancro
- ✓ Doença respiratória crónica
- ✓ Diabetes

- Aumento dos custos com os cuidados de saúde
- Consequências sociais

2012 - 38 milhões de mortes em todo o mundo
2030 - 52 milhões

- 2012 - principal causa de morte (17,5 milhões) sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) responsável por 6,7 milhões (OMS, 2015).
- 60% a 70% dos AVC's » 65 anos (Phipps, 2003).

AVC

elevadas taxas de mortalidade

elevadas taxas de sobrevivência

sequelas físicas
psicológicas

impacto a nível social
e económico

problema de saúde pública
(Sá, 2009)

Autocuidado

Doente

Família

Instituições de saúde
Sociedade em geral

- Incapacidade motora na alimentação
- Disfagia

(Perry, 2012)

SPICES

- ✓ Perturbações do sono
- ✓ Problemas com a alimentação
- ✓ Incontinência
- ✓ Confusão
- ✓ Quedas
- ✓ Lesões cutâneas

(Fulmer e Wallace, 2012)

REVISÃO DA LITERATURA

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas caracterizadas por um declínio orgânico verificando-se, entre outras, alterações ao nível do sistema orofaríngeo e gastrointestinal, que podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa (Smith and Cotter, 2016).

- Detioração dos músculos envolvidos na mastigação
- Perda de peças dentárias,
- Xerostomia devido a desidratação e efeitos secundários de alguns fármacos,
- Redução do paladar e olfato
- Alteração nas estruturas envolvidas na deglutição



diminuição da ingesta alimentar e hídrica, tendo como consequência a desnutrição e desidratação da pessoa idosa

(Sura et al, 2012; Smith and Cotter, 2016; Menten, 2016)

Os idosos com AVC vivenciam algumas dificuldades na alimentação:

- ✓ sentimentos de medo e vergonha no momento da alimentação
- ✓ Alterações físicas
- ✓ Alterações nas relações sociais

Profissionais de saúde valorizam pouco o desconforto que a alimentação pode provocar

Dificuldades na preparação, transporte da comida à boca e dificuldades na deglutição



Existem poucos estudos sobre as dificuldades na alimentação após AVC

(Jacobson et al., 2000)

Os distúrbios da deglutição provocam ansiedade e medo, podendo levar a que o doente evite a ingestão oral podendo ter como consequências desidratação, desnutrição depressão, isolamento ou morte.

(World Gastroenterology Organisation, 2014)

Na perspectiva de doentes com AVC e famílias, na promoção do autocuidado da alimentação, verificam-se lacunas na intervenção dos enfermeiros, na medida em que o apoio prestado não vai ao encontro das suas necessidades. Para além disso os planos de cuidados não refletem as dificuldades no autocuidado da alimentação da pessoa idosa com AVC e família, comprometendo não só a qualidade dos cuidados prestados mas também a sua continuidade (Klinke et al., 2013).

Muitas vezes, aquando da admissão hospitalar, a pessoa idosa já apresenta alterações no estado nutricional, podendo agravar-se com a doença e internamento, contribuindo para o aumento da morbilidade e custos com os cuidados de saúde (DiMaria-Ghalili, 2016).

A avaliação e monitorização do estado nutricional do idoso, é fundamental de modo a identificar causas e fatores de risco, com vista ao planeamento e implementação de intervenções adequadas (Wirth et al., 2013; DiMaria-Ghalili, 2016).

Os enfermeiros devem intervir de modo a promover o autocuidado, recorrendo a estratégias compensatórias de adaptação que visem o aumento da sensação de controlo da pessoa idosa sobre essas dificuldades (Medin et al., 2010)

As intervenções não devem focar-se apenas na disfagia, mas também na capacidade funcional para a pessoa se alimentar (Jacobson et al., 2000), uma vez que no conjunto podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa, contribuindo para o aumento da morbilidade (Wirth et al, 2013).

Resolution ResAp (2003)

avaliação do risco nutricional a todos os utentes, desde à admissão hospitalar até ao final do seu internamento.

Sub deteção da desnutrição e desvalorização da sua importância

Qualife+

- Aumento dos riscos e complicações
- Aumento dos tempos de internamento
- Aumento dos custos com os cuidados de saúde

- “55,2% dos utentes apresentava, no momento da admissão hospitalar, risco de desnutrição associada à doença e que 47,1% destes estavam efetivamente desnutridos.
- 14,2% dos 2324 idosos rastreados nos ACeS parceiros apresentavam risco de desnutrição e, destes, 23,6% encontravam-se efetivamente desnutridos”.

http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=395

Finalidade

Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa

Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família.
2. Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem, autocuidado, alimentação, pessoa idosa, Acidente Vascular Cerebral, família

Objetivo geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão scoping sobre a pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação; - Pesquisa bibliográfica sobre intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família. 	- Descreve a informação recolhida sobre a temática que caracterize o estado de arte da temática à luz da evidência científica atual.

Objetivo geral 1: Desenvolver competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Prestar cuidados à pessoa idosa com AVC e família em contexto hospitalar e domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar e domiciliário; - Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família nos referidos contextos; - Avaliação multidimensional da pessoa idosa e família, incluindo a escala de Barthel e o MNA; - Análise das práticas de cuidados à pessoa idosa com AVC e família nos referidos contextos; - Realização de estudos de caso; - Mobilização dos princípios de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve a prestação de cuidados tendo em atenção a avaliação multidimensional da pessoa idosa, família e contexto. - Mobiliza instrumentos de avaliação da família e pessoa idosa. - Resultado da análise das práticas à luz da evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro especialista. - Apresenta reflexões da prática de cuidados segundo o ciclo de Gibbs. - Discussão dos estudos de caso. - % de pessoas idosas com AVC com risco nutricional - Demonstração e validação do comportamento das famílias relativamente à alimentação da pessoa idosa com AVC. - No Hospital a família valida com o enfermeiro antes de iniciar a alimentação.

Objetivo geral 2: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira chefe; - Reuniões com a equipa multidisciplinar; - Identificação aliados. 	<ul style="list-style-type: none"> - % de elementos da equipa que tomam conhecimento do projeto. - feedback da equipa. - Identificação dos aliados no serviço de medicina.
Analisar as práticas de cuidados de enfermagem sobre a capacitação da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões para discussão das práticas, brainstorming; - Análise dos registos, incluindo carta de alta/transferência; - Identificação das necessidades formativas baseadas nas reuniões e análise dos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atas das reuniões. - Resultado da análise dos registos. - Necessidades formativas identificadas.

Objetivo geral 2: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Elaborar com a equipa de enfermagem orientações para as boas práticas no cuidado à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da literatura sobre quais as intervenções de enfermagem adequadas para a prestação de cuidados à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família; - Realização de formação à equipa sobre as intervenções de enfermagem junto da pessoa idosa com AVC, com alteração no autocuidado da alimentação e família; - Construção de um guião de boas práticas de intervenção na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família; - Apresentação e discussão com a equipa do guião de boas práticas elaborado; - Teste de aplicabilidade do guião durante duas semanas; - Reunião para feedback (sugestões e dificuldades) sobre a aplicação do guião; - Reformulação do guião (se necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de participantes. - % de guiões preenchidos no período de teste. - Guião de boas práticas de intervenção na pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família. - Recolhe o feedback dos enfermeiros e sugestões. - Descreve e identifica as intervenções de enfermagem adequadas para a promoção do autocuidado da pessoa idosa com AVC e família. - Número de sessões de formação. - Mobilização de estudos de caso nas formações.

Objetivo geral 2: Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Implementar com a equipa de enfermagem estratégias baseadas na evidência científica, adequadas à pessoa idosa com AVC com alteração no autocuidado da alimentação e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação das estratégias definidas no guião a partir do dia 18 de Dezembro; - Implementação da escala de Barthel, MNA e outros resultantes da pesquisa bibliográfica; - Auditorias aos registos; - Avaliação e apresentação dos resultados à equipa; - Realização do relatório final. 	<ul style="list-style-type: none"> - % de guiões utilizados - Avaliação multidimensional da pessoa idosa (escala de Barthel, MNA) - Resultados das auditorias que evidenciem: <ul style="list-style-type: none"> - % de pessoas idosas com AVC em que se mobilizou o guião - % de pessoas idosas com AVC com risco nutricional;

UCC

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Divulgar o Projeto	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira responsável - Apresentação do projeto à equipa de enfermagem - Identificação dos aliados 	<ul style="list-style-type: none"> - % de elementos da equipa que tomam conhecimento do projeto. - feedback da equipa.

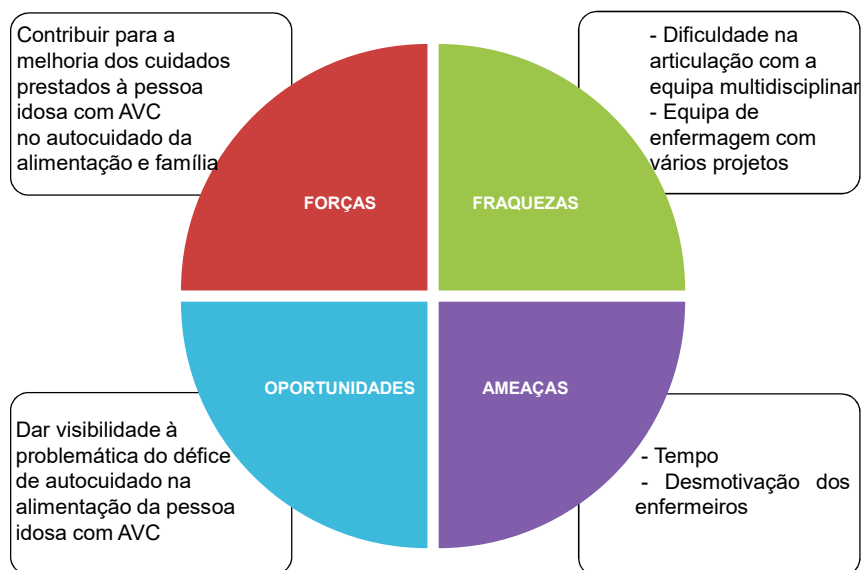
Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Prestar Cuidados à Pessoa Idosa em Contexto Domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização dos conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar e domiciliário; - Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em contexto domiciliário; - Avaliação multidimensional da pessoa idosa e família; - Análise das práticas de cuidados à pessoa idosa e família no domicílio; - Realização de estudos de caso; - Mobilização dos princípios de aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descreve a prestação de cuidados tendo em atenção a avaliação multidimensional da pessoa idosa, família e contexto. - Mobiliza instrumentos de avaliação da família e pessoa idosa. - Resultado da análise das práticas à luz da evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro especialista. - Apresenta reflexões da prática de cuidados segundo o ciclo de Gibbs. - Discussão dos estudos de caso. - % de pessoas idosas com alteração no autocuidado da alimentação - Demonstração e validação do comportamento das famílias relativamente à alimentação da pessoa

Objetivo Específico	Atividades	Avaliação
Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para a Avaliação do Estado Nutricional da Pessoa Idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades formativas da equipa; - Realização de estudo de caso; - Realização de sessões de formação sobre o MNA; - Implementação do MNA na avaliação multidimensional da pessoa idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliza o estudo de caso nas sessões de formação;

CRONOGRAMA

Atividades	2016							2017	
	Mar-Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura									
Revisão <i>scoping</i>									
Estágio na UCC				25	20				
Estágio na UCV					23	17			
Estágio no serviço Medicina						20			9
Observação participativa e análise do papel e intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa com AVC e família									
Construção de um guia de boas práticas									
Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar				UCC	UCV	MED			
Realização de estudos de caso									
Reuniões para discussão das práticas; brainstorming									
Realização de formação à equipa									
Apresentação e discussão com a equipa do guia de boas práticas									
Teste de aplicabilidade do guia durante duas semanas									
Reunião para feedback sobre a aplicação do guia									
Aplicação das estratégias definidas no guia							18		
Implementação da escala de Barthel, MNA									
Auditoria e análise dos registos incluindo carta de alta									
Avaliação e apresentação dos resultados à equipa									

ANÁLISE SWOT



Referências Bibliográficas

- Fulmer, T. e Wallace, M. (2012). *Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults*. Try This: Best Practices in Nursing to Older Adults. EUA. N.º 1.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- DiMaria-Ghalili, R. A. (2016). Nutrition in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. (pp. 125-135). New York: Springer Publishing Company.
- Jacobson, C.; Axelsson, K.; Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*. 9. 255-264.
- Klinker, M. E.; Wilson, M. E.; Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. *Disability & Rehabilitation*. 35(17). 1491-1500.
- Medin, J.; Larson, J.; Arbin, M.; Wredling, R. & Tham, R. (2010). Striving for control in eating situations after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24. 772-780.
- Mendes, J. C. (2016). Managing Oral Hydration. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. (pp. 111-124). New York: Springer Publishing Company.
- OMS, 2015 – *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo*. OMS

Referências Bibliográficas

- Perry, L.; Hamilton, S.; Williams, J.; Jones, S. (2012). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *World Views on Evidence-Based Nursing Sigma Theta Tau International*. 17-40
 - Phipps, W. J., Sands, J. K., Marek, J. F. - *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003
 - Sá, M. J. AVC – primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: edições universidade Fernando pessoa. 0. 6 (2009) 12-19
 - Smith, C. M. & Cotter, V. T. (2016). Age-related Changes in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. (pp. 23-41). New York: Springer Publishing Company.
 - Sura, L.; Madhavan, A.; Carnaby, G; Crary, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. In *Clinical interventions in aging*. 287-298
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing 2015*
- Wirth, R.; Smoliner, C.; Jager, M.; Warnecke, T.; Leischker, A. H.; Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*. 5:14. 1-11.
 - World Gastroenterology Organisation (2014). *Disfagia diretrizes e cascatas mundiais*. WGO practice guideline. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>

**Apêndice IV – Caracterização dos Participantes em Contexto
Comunitário**

Caracterização dos Participantes em Contexto Comunitário

Identificação	Género	Idade	Tipo de AVC	AP AVC?	Défices na Fase Aguda	Défices Atuais	Autocuidado da Alimentação
B	Masculino	83	Isquémico no território ACP dto Agosto 2017	Não	- Alteração do estado de consciência, disfagia, SNG - Disartria - Hemiplegia esq	- Hemiplegia esq - Disartria	- Regime totalmente compensatório, Dieta pastosa, sem disfagia.
J	Masculino	82	Isquémico esq Agosto 2017	Doença cerebrovascular com múltiplos AVC's no hemisfério esq, com epilepsia sequelar	- Disartria - Alteração do estado de consciência, SNG - Diminuição da força braço esq	- Disartria	- Regime totalmente compensatório, Dieta pastosa sem disfagia.
A	Feminino	81	Isquémico ACM esq	Não	- Hemiparésia dta - Disartria - Disfagia a sólidos e líquidos - Parésia facial dta	- Hemiparésia dta de predomínio braquial - Parésia facial dta	- Regime parcialmente compensatório - Dieta mole, sem disfagia
O	Masculino	51 (excluído)	Isquémico ACM dta	AVC 2015 sem sequelas	- Hemiparésia esq - Alteração do estado de consciência, disfagia a sólidos e líquidos, SNG	- Défice cognitivo - Disfagia a sólidos e líquidos	- Regime parcialmente compensatório, Dieta pastosa, mantém alguma disfagia

**Apêndice V – Grelha de Observação/Identificação de Problemas no
Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC**

Antes de ser internado como era a sua alimentação? Tinha alguma dificuldade?	Sente que a sua alimentação / o modo como se alimenta sofreu alterações após o internamento hospitalar? Com a doença?	Como é a sua alimentação agora, quantas refeições faz por dia? Consegue comer pela sua mão?	Observações

Apêndice VI – Grelha para Registo de Diário Alimentar

Registo de Diário Alimentar

Refeição	Hora	Composição	Quantidade
Pequeno-almoço			
Almoço			
Lanche			
Jantar			
Ceia			

Nome: _____

Data: ____/____/____

**Apêndice VII – Plano de Intervenção para a Pessoa Idosa com AVC
com Défice no Autocuidado da Alimentação e Família em Contexto
Comunitário (exemplo)**

Objetivo	Atividades	Parâmetros de Avaliação	Avaliação
<p>06/10/2017: Passar de dieta pastosa para dieta mole até dia 20/10/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do risco nutricional com MNA - Ensinar o prestador de cuidados (filha) sobre a preparação de dieta pastosa e progressivamente passar a dieta mole; - Apresentação visual - Sabor, temperatura e odor - Manter a cabeceira elevada durante a alimentação - O cuidador deve colocar-se na mesma altura do doente no lado do corpo que está comprometido - Oferecer pequenas quantidades de comida observando a aceitabilidade, preparação e deglutição do alimento - Durante a refeição manter um ambiente tranquilo, evitar que a 	<ul style="list-style-type: none"> - Validação junto dos familiares sobre os ensinamentos realizados (11/10; 16/10) - Análise do registo da alimentação diária que a cuidadora faz (16/10) - Que ao fim de 1 semana o Sr. B faça pelo menos 1 refeição principal de dieta mole (16/10) 	<p>Objetivo atingido a 16/10</p>

	<p>pessoa fale enquanto mastiga e deglute o alimento de forma a concentrar-se durante a refeição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar a terapêutica junto com alimentos - Ensinar prestador de cuidados a incentivar o Sr. B. a alimentar-se autonomamente; - Entregar à cuidadora folha de registo alimentar diário (11/10); - Articular com o médico de família a possibilidade de retomar ingestão de copo de vinho à refeição e dar feedback à família (11/10); - Monitorizar perímetro de perna (16/10); 		
--	--	--	--

**Apêndice VIII – Sessão de Formação: “Avaliação do Risco de
Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA”**

Plano de Sessão de Formação

Tema: Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do *Mini Nutritional Assessment* (MNA)

Objetivo Geral: Capacitar a equipa de enfermagem da ECCI para a avaliação do risco nutricional na pessoa idosa

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação do risco nutricional na pessoa idosa;
- Avaliar o risco nutricional na pessoa idosa em contexto comunitário com recurso ao MNA

Programa	Métodos e Técnicas	Recursos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none">- Nutrição e Envelhecimento;- Fatores que condicionam o estado nutricional da pessoa idosa;- Estado nutricional da população idosa portuguesa;- Mini Nutritional Assessment;- Estudo de Caso.	Método expositivo	Computador Apresentação em PowerPoint	45 min	Enfª Ana Marta Alves (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa)

Local: Sala de Trabalho da ECCI

Data: 18/10/2017

Hora: 13h30

Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa

Mini Nutritional Assessment (MNA)



Ana Marta Alves, nº 356

Professora Orientadora Maria Emília Brito

Enfermeira Orientadora: Alice Ferreira

18/10/2017

SUMÁRIO

- ✓ Nutrição e Envelhecimento;
- ✓ Fatores que condicionam o estado nutricional da pessoa idosa;
- ✓ Estado nutricional da população idosa portuguesa;
- ✓ Mini Nutritional Assessment;
- ✓ Estudo de Caso;
- ✓ Conclusão;
- ✓ Referências Bibliográficas

NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas caracterizadas por um declínio orgânico verificando-se, entre outras, alterações ao nível do sistema orofaríngeo e gastrointestinal, que podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa (Smith and Cotter, 2016).

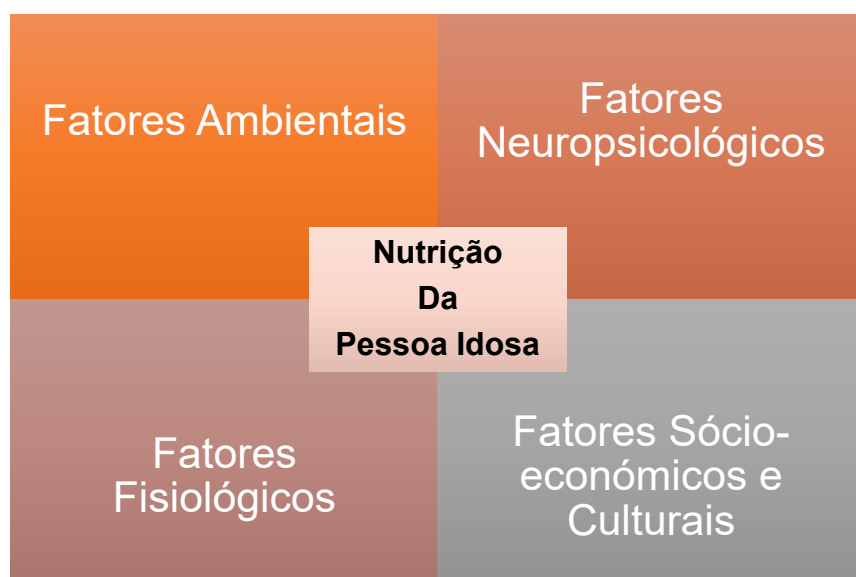
- Detioração dos músculos envolvidos na mastigação
- Perda de peças dentárias
- Xerostomia devido a desidratação e efeitos secundários de alguns fármacos
- Redução do paladar e olfato
- Alteração nas estruturas envolvidas na deglutição



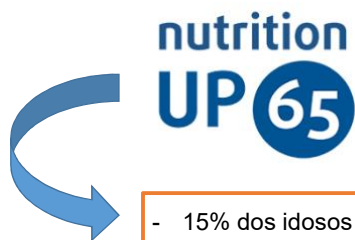
Diminuição da ingesta alimentar e hídrica, tendo como consequência a desnutrição e desidratação da pessoa idosa.

(Sura et al, 2012; Smith and Cotter, 2016; Menten, 2016)

FATORES QUE CONDICIONAM O ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA IDOSA



ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA



- 15% dos idosos desnutridos
- Género feminino

- Melhorar o conhecimento sobre o estado nutricional dos idosos portugueses
- Promover a formação de profissionais e população



<http://saude.cardiomed.com.br/saude-e-nutricao/hidratacao-somente-a-agua-resolve.html>

494 participantes, mais de 1/3 da amostra, estavam desidratados, apresentando os homens uma proporção mais elevada (47,1%), em comparação com as mulheres (30,5%).

<http://nutritionup65.up.pt/2016/10/19/nutrition-up-65-nas-noticias-44-dos-idosos-portugueses-tem-excesso-de-peso/>

Mini Nutritional Assessment - MNA

Instrumento que permite a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa aquando da admissão, assim como a monitorização de alterações durante o internamento, permitindo uma intervenção atempada, evitando o declínio nutricional (Loureiro, 2008).

Permite a identificação dos idosos que estão desnutridos ou em risco de desnutrição (Nestlé Nutrition Institute, 2017).

É composto por seis questões iniciais de triagem e uma segunda parte para avaliação global composta por doze questões (Nestlé Nutrition Institute, 2017).

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Avaliação		Nome	
Sexo	Idade	Peso, kg	Altura, cm

Responda à situação "tragem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da situação "tragem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 15, considere o preenchimento do questionário para obter a pontuação definitiva de desnutrição.

Tragem A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grande da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a 10% do peso 1 = não sabe informar 2 = entre 5 e 10% do peso 3 = sem perda de peso	C. Mobilidade 0 = não se levanta ou a cadeira de rodas 1 = desloca-se mas não é capaz de sair da cama 2 = normal	D. Excesso por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = não 1 = sim	E. Problemas neuropsiquiátricos 0 = demência ou depressão grave 1 = demência ligeira 2 = sem problemas neuropsiquiátricos	F. Índice de Massa Corporal* = peso em kg / (altura em m)² 0 = IMC < 16 1 = 16 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23
Pontuação de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: alto risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-H.					
Avaliação global G. O doente vive na sua própria casa (ou em instituição geriátrica ou hospital)? 0 = não 1 = sim					
H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = não 1 = sim					
I. Lesões de pele ou escaras? 0 = não 1 = sim					
J. Quantas refeições tem por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições					
K. O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0 = nenhuma ou uma resposta "não" 0.5 = duas respostas "sim" 1.0 = três respostas "sim"					
L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim					
M. Quantas copos de líquidos (leite, sumo, café, chá, etc.) o doente consome por dia? 0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos					
N. Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade					
O. O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional					
P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor					
Q. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
R. O doente tem ou teve alguma doença aguda? 0 = não 1 = sim					
S. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
T. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
U. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
V. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
W. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
X. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
Y. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					
Z. O doente tem ou teve alguma doença crónica? 0 = não 1 = sim					

Pontuação de Avaliação Global (subtotal, máximo de 28 pontos)
 24 a 28 pontos: estado nutricional normal
 17 a 23 pontos: alto risco de desnutrição
 menos de 17 pontos: desnutrido

Referências
 1. Vellas B, Guigoz V, Dubois D, et al. (1998) The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical tool for grading the clinician. *Journal of the American Medical Association*, 279, 973-977.
 2. Rubenstein L, Rocker M, Scales A, Guigoz V, Vellas B, Schwing R. (2001) The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical tool for grading the clinician. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1582-1587.
 3. Guigoz V. (1996) The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical tool for grading the clinician. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1582-1587.
 4. Nestlé Nutrition Institute. (2017) *Mini Nutritional Assessment (MNA) - Portuguese version*. Nestlé Nutrition Institute, Vevey, Switzerland. <http://www.nestle-nutrition.com>

TRIAGEM



A

A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição?

Escore 0 = redução severa na ingestão de alimentos
1 = redução moderada na ingestão de alimentos
2 = não houve redução na ingestão de alimentos

Perguntar ao paciente

- » "Você comeu menos do que o normal nos últimos três meses?"
- » Nesse caso, "Isso se deve à falta de apetite ou à dificuldade para engolir ou mastigar?"
- » Se a resposta for afirmativa, "você comeu muito menos do que antes ou só um pouco menos?"
- » Se esta for uma reavaliação, reformular a pergunta: "A quantidade de alimentos que você tem ingerido mudou desde a sua última avaliação?"

B

Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses?

Escore 0 = perda de peso superior a 3 kg (6,6 libras)
1 = não sabe
2 = perda de peso entre 1 e 3 kg (2,2 e 6,6 libras)
3 = nenhuma perda de peso

Perguntar ao paciente / histórico médico (na hipótese de estar sob cuidados domiciliares ou de longo prazo)

- » "Você perdeu peso sem querer nos últimos 3 meses?"
- » "A cintura de sua calça está mais folgada?"
- » "Quanto peso você acha que perdeu? Mais ou menos do que 3 kg (ou 6 libras)?"

Apesar da perda de peso em idosos com sobrepeso ser apropriada, isso pode ser igualmente devido à desnutrição. Quando o problema da perda de peso é deixado de lado, a MNA® perde sua sensibilidade; portanto, é importante perguntar sobre a perda de peso mesmo para pacientes com sobrepeso.

C	
Mobilidade?	Perguntar ao paciente / histórico médico do Paciente / informações do cuidador
Escore 0 = preso à cama ou à cadeira	» "Você consegue sair da cama / cadeira atualmente?"
1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai	» "Você consegue sair de casa ou ficar lá fora sozinho?"
2 = sai	

D	
Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?	Perguntar ao paciente / histórico médico do Paciente / julgamento profissional
Escore 0 = sim	» "Sofreu a perda de algum ente querido recentemente?"
1 = não	» "Mudou-se recentemente?"
	» "Ficou doente recentemente?"

E	
Problemas neuropsicológicos?	Rever do histórico médico do paciente / Julgamento profissional / Perguntar à equipe de enfermagem ou ao cuidador
Escore 0 = demência severa ou depressão	O cuidador do paciente, a equipe de enfermagem ou o histórico médico podem fornecer informações sobre a severidade dos problemas neuropsicológicos do paciente (demência).
1 = demência leve	Se o paciente não puder responder (isto é, sofre demência) ou está extremamente confuso, pedir aos funcionários que cuidam do paciente, ou ao cuidador profissional que respondam às seguintes questões ou verifiquem se as informações prestadas pelo paciente estão corretas (Questões A, B, C, D, G, J, K, L, M, O, P).
2 = sem problemas psicológicos	

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Se « 11 prosseguir avaliação para apurar o score do indicador de desnutrição

F	
Índice de Massa Corporal (IMC)? (peso em kg / altura em m²)	Determinação do IMC
Escore 0 = IMC menor do que 19	O IMC é usado com um indicador do peso apropriado para a altura. O IMC é calculado dividindo-se o peso em kg pela altura em m² (Anexo 1).
1 = IMC 19 até menos do que 21	
2 = IMC 21 até menos do que 23	$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura (m}^2\text{)}}$
3 = IMC 23 ou maior	

AVALIAÇÃO GLOBAL



G

Vive independentemente (não em uma casa de repouso)?

Score 0 = não
1 = sim

Perguntar ao paciente

Esta pergunta se refere às condições normais de vida do indivíduo. Seu propósito é determinar se a pessoa é habitualmente dependente dos cuidados de terceiros. Por exemplo, se o paciente está hospitalizado por causa de um acidente ou doença aguda, onde o paciente vive normalmente?

» "Normalmente você vive em sua própria casa ou em um lar para idosos, conjunto residencial ou casa de repouso?"

H

Toma mais de 3 medicamentos prescritos por dia?

Score 0 = sim
1 = não

Perguntar ao paciente / Histórico médico do paciente

Checar o histórico de medicação do paciente / perguntar à equipe de enfermagem / perguntar ao médico / perguntar ao paciente

I

Escaras ou úlceras cutâneas?

Escore 0 = sim

1 = não

Perguntar ao paciente / Histórico médico do paciente

» “Você tem escaras?”

Checar o histórico médico do paciente com relação ao registro de escaras ou úlceras cutâneas, ou pedir detalhes ao cuidador / equipe de enfermagem / médico, ou examinar o paciente se as informações não estiverem disponíveis no histórico médico.

J

Quantas refeições completas o paciente faz diariamente?

Escore 0 = 1 refeição

1 = 2 refeições

2 = 3 refeições

Perguntar ao paciente / Checar o histórico de ingestão de alimentos se necessário

» “Você normalmente toma café da manhã, almoço e jantar?”

» “Quantas refeições você faz por dia?”

Uma refeição completa é definida como a ingestão de mais de 2 itens ou pratos quando o paciente se senta para comer.

Por exemplo, comer batatas, verduras e carne é considerado uma refeição completa; ou comer um ovo, pão e uma fruta é considerado uma refeição completa.

K

Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas

» *Pelo menos uma porção de produtos lácteos por dia?*

sim ☐ não ☐

» *Duas ou mais porções de ovos por semana?*

sim ☐ não ☐

» *Carne, peixe ou frango todo dia?*

sim ☐ não ☐

Escore 0.0 = se 0 ou 1 uma resposta sim

0.5 = se 2 respostas sim

1.0 = se 3 respostas sim

Perguntar ao paciente ou à equipe de enfermagem, ou checar o registro alimentar completo

» “Você consome algum tipo de produto lácteo (um copo de leite / queijo no sanduíche / copo de iogurte / suplemento com alto teor de proteínas) todos os dias?”

» “Você come feijão / ovos? Com que frequência?”

» “Você come carne, peixe ou frango todos os dias?”

L

Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?

Escore 0 = não

1 = sim

Perguntar ao paciente / checar o registro alimentar completo, se necessário.

» “Você come frutas ou verduras?”

» “Quantas porções você come por dia?”

Uma porção pode ser classificada como:

- Um pedaço de fruta (maçã, banana, laranja, etc.)
- Uma xícara média de suco de verduras ou frutas
- Uma xícara de verduras cruas ou cozidas

M	
Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia? Escore 0.0 = menos de 3 xícaras 0.5 = 3 a 5 xícaras 1.0 = mais de 5 xícaras	<p>Perguntar ao paciente</p> <p>» "Quantas xícaras de chá ou café você toma normalmente por dia?"</p> <p>» "Você bebe água, leite ou suco de frutas? Que tamanho de xícara usa habitualmente?"</p> <p>Considera-se uma xícara de 200 - 240 ml ou 7 - 8 onças.</p>
N	
<p>Modo de alimentação?</p> <p>Escore 0 = não consegue se alimentar sem ajuda *</p> <p>1 = alimenta-se sozinho com alguma dificuldade **</p> <p>2 = alimenta-se sozinho sem problemas</p>	<p>Perguntar ao paciente / Histórico médico do paciente / Informações do cuidador</p> <p>» "Você consegue comer sozinho?" / "O paciente consegue comer sozinho?"</p> <p>» "Você precisa de ajuda para comer?" / "Você precisa ajudar o paciente a comer?"</p> <p>» "Você precisa de ajuda para preparar suas refeições (abrir potes, passar manteiga no pão ou cortar a carne)?"</p> <p>* Pacientes que precisam ser alimentados ou precisam de ajuda para segurar o garfo devem receber um escore 0.</p> <p>** Pacientes que precisam de ajuda para preparar suas refeições (abrir potes, passar manteiga no pão ou cortar a carne), mas conseguem se alimentar sozinhos devem receber o escore 1.</p> <p>Prestar atenção especialmente a potenciais causas de desnutrição que precisam ser abordadas para evitar a desnutrição (p.ex., problemas dentários, necessidade de instrumentos de alimentação adaptados para dar apoio à alimentação).</p>

O	
<p>Ponto de vista pessoal da condição nutricional</p> <p>Escore 0 = vê-se desnutrido</p> <p>1 = não tem certeza de sua condição nutricional</p> <p>2 = vê-se sem problemas nutricionais</p>	<p>Perguntar ao paciente</p> <p>» "Como você descreve seu estado nutricional?"</p> <p>Então indagar "Nutrição insuficiente?" "Incerto?" "Nenhum problema?"</p> <p>A resposta a essa questão depende do estado mental do paciente. Se você achar que o paciente não tem condições de responder à questão, pedir a opinião do cuidador / equipe de enfermagem.</p>
P	
<p>Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?</p> <p>Escore 0.0 = não tão boa</p> <p>0.5 = não sabe</p> <p>1.0 = tão boa quanto</p> <p>2.0 = melhor</p>	<p>Perguntar ao paciente</p> <p>» "Como você descreve seu estado de saúde em comparação com outras pessoas de sua idade?"</p> <p>Então indagar "Não tão boa quanto a de outras pessoas de sua idade?" "Não tem certeza?" "Tão boa quanto a de outras pessoas de sua idade?" "Melhor?"</p> <p>Novamente, a resposta depende do estado mental da pessoa que está respondendo a questão.</p>

Q

Circunferência braquial (CB) em cm
 Escore 0.0 = CB menor do que 21
 0.5 = CB 21 a 22
 1.0 = CB 22 ou maior

Medir a circunferência braquial em cm conforme descrito no Anexo 6.

1. Pedir ao paciente para dobrar seu braço não dominante no cotovelo em ângulo reto com a palma da mão voltada para cima.
2. Medir a distância entre a superfície acromial da escápula (superfície) da protusão óssea do ombro superior) e o processo olecrano do cotovelo (ponta óssea do cotovelo) na parte posterior do braço.
3. Marcar o ponto mediano entre os dois com uma caneta.
4. Pedir ao paciente que para deixar o braço pendear relaxadamente ao lado do corpo.
5. Colocar a fita métrica no ponto mediano na parte superior do braço e apertar firmemente.
6. Registrar a medição em cm.



Fonte:
 Moore MC, *Pocket Guide to Nutrition and Diet Therapy*, 1993



Fonte:
 PEN Group, *A pocket guide to clinical nutrition: Assessment of nutritional status*, British Dietetic Association, 1997

R

Circunferência da Panturrilha (CP) em cm
 Escore 0 = CP menor do que 31
 1 = CP 31 ou maior

A circunferência da panturrilha deve ser medida em cm conforme descrito no Anexo 7.

Medir a panturrilha na área mais larga. Medir acima e abaixo do ponto mais largo para garantir que a primeira medida era a maior.

1. O indivíduo deve estar sentado com a perna pendendo relaxadamente ou em pé com o peso distribuído equitativamente entre ambos os pés.
2. Pedir ao paciente para levantar a perna da calça para descobrir a panturrilha.
3. Colocar a fita métrica em volta da parte mais larga da panturrilha e anotar a medida.
4. Fazer medições adicionais acima e abaixo desse ponto, para assegurar-se de que a primeira medida era a maior.
5. Uma medição acurada poderá ser obtida somente se a fita métrica estiver em ângulo reto com o comprimento da panturrilha, devendo ser registrada uma diferença próxima de 0,1 cm.

Avaliação do estado nutricional:

24-30 pontos: normal

17-23,5 pontos: risco de desnutrição

«17 pontos: desnutrido

Avaliação Global: máximo 16 pontos

Pontuação total (triagem+avaliação global): máximo 30 pontos



Vídeo disponível em: http://www.mna-elderly.com/user_guide.html

ESTUDO DE CASO



- Homem
- 82 A
- AVC isquémico em Agosto 2017
- Atualmente sem disfagia
- Dieta Pastosa/Mole
- 3-4 refeições/dia

Sr. J

- Deambula
- Depressão Crónica
- Familiar refere estar mais magro (perdeu pelo menos 3Kg)
- Perímetro de perna 35 cm
- Perímetro de braço 23 cm
- IMC 23,76 → Normal

Diário de Registo Alimentar

Refeição	Hora	Composição	Quantidade
Pequeno-almoço	9h	Um kiwi, água morna, caneca de leite com fatia de pão de ló	Totalidade
Almoço	12:30h	Sopa (legumes e carne) e fruta cozida	Totalidade
Lanche	_____	_____	_____
Jantar	20:30h	Caneca de leite e duas torradas	Totalidade
Ceia	_____	_____	_____

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

1

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

2

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

1

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

0

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

0

F1 Índice de Massa Corporal (IMC) = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

3

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

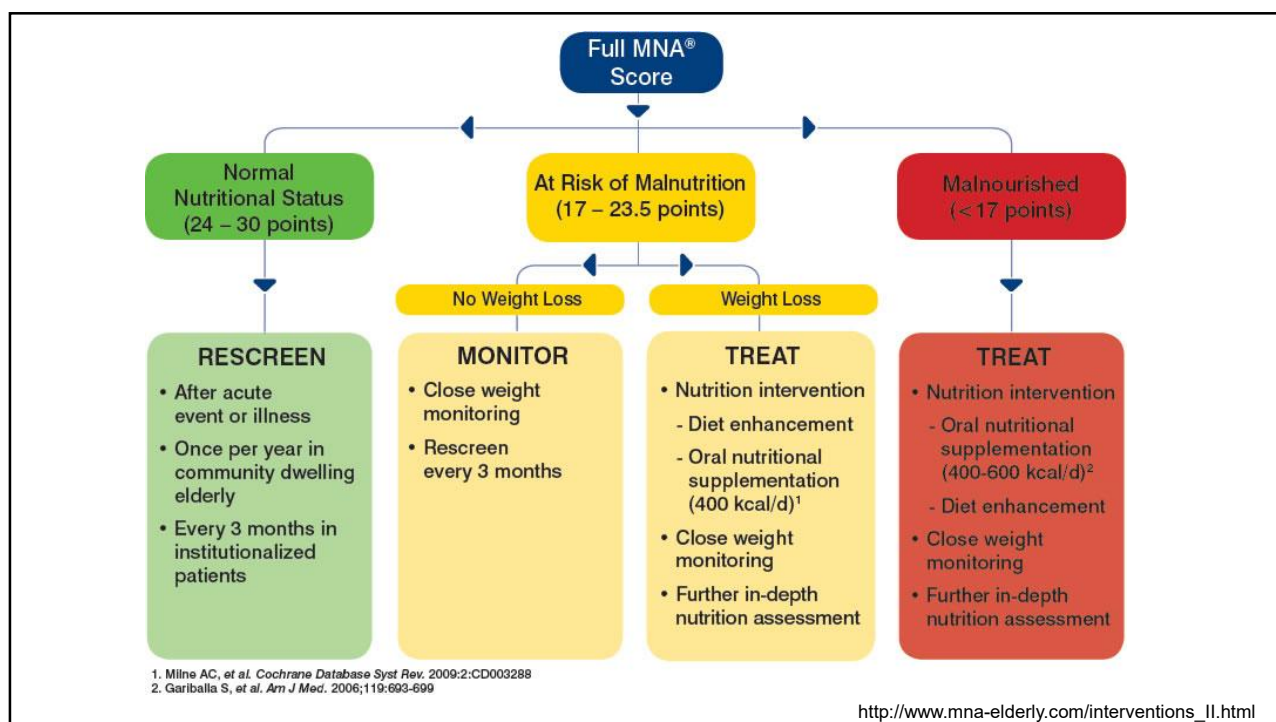
0-7 pontos: desnutrido



7

Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	1
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	0
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	1
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	2
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	Q5
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	1
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	

Avaliação global (máximo 16 pontos)	11
Pontuação da triagem	7
Pontuação total (máximo 30 pontos)	18
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos <input checked="" type="checkbox"/> sob risco de desnutrição menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido	



Se o score « 23,5 pontos, encaminhar para especialista em dieta ou nutrição para uma intervenção nutricional;

Até que um nutricionista esteja disponível, informar o utente e/ou cuidador sobre como melhorar a ingestão nutricional

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em energia / proteína (p.ex., pudins, batidos, etc.)
- Ingestão de suplementos alimentares com lanches e leite adicionais
- Caso a alteração na dieta não melhorar a ingestão nutricional do utente, poderá ser necessária a introdução de suplementos nutricionais
- Garantir uma ingestão de líquidos adequada: 6 - 8 copos por dia.

Controlar novamente todos os utentes a cada três meses. Articular as informações recolhidas com a nutricionista / médico e registrar no processo do utente.

CONCLUSÃO

O MNA é uma forma fácil, rápida e económica de avaliação permitindo às equipas avaliar precocemente o estado nutricional da pessoa idosa, possibilitando uma intervenção atempada com vista à prevenção do declínio do seu estado nutricional.

Prevenir a desnutrição associada à doença proporciona ganhos em saúde, redução dos custos com os cuidados de saúde e melhoria no que respeita ao prognóstico e qualidade de vida da pessoa idosa.

(Loureiro, 2008)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Loureiro, M. H.V. S. (2008). *oAr7fA°3MfM v7e732la7l7MeAitii8tel d8 EfMiMi*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Mendes, J. C. (2016). Managing Oral Hydration. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. (pp. 111-124). New York: Springer Publishing Company
- Nestlé Nutrition Institute. (2017). Mini nutritional assessment, disponível em: <http://www.mna-elderly.com/>
- Nestlé Nutrition Institute (s/a). 18 027A nAaA M8nrtlAa A v7e7 s,Ar7A°3M52la7 7MeA18Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Smith, C. M. & Cotter, V. T. (2016). Age-related Changes in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. (pp. 23-41). New York: Springer Publishing Company.
- Sura, L.; Madhavan, A.; Carnaby, G; Cray, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. In Clinical interventions in aging. 287-298
- <http://nutritionup65.up.pt/2016/10/19/nutrition-up-65-nas-noticias-44-dos-idosos-portugueses-tem-excesso-de-peso/>
- http://www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao%20no%20idoso.pdf
- http://www.mna-elderly.com/interventions_II.html

Obrigada

**Apêndice IX – Avaliação da Sessão de Formação: “Avaliação do
Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA”**

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Avaliação do Risco de Desnutrição na Pessoa Idosa através do MNA

Formadora: Enfermeira Ana Marta Alves

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
_____	_____	42,9%	57,1%

2. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária	_____	_____	42,9%	57,1%
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos	_____	_____	28,6%	71,4%
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados	_____	_____	57,1%	42,9%
Os conteúdos foram apresentados de forma clara	_____	_____	71,4%	28,6%
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas	_____	_____	42,9%	57,1%
A documentação fornecida é pertinente	_____	_____	42,9%	57,1%
Os meios utilizados foram os mais adequados	_____	_____	71,4%	28,6%
A duração da sessão foi adequada	_____	_____	57,1%	42,9%

Comentários/sugestões:

Não houve comentários ou sugestões.

Obrigada

Apêndice X – Notas de Campo: Contexto Comunitário

Notas de Campo UCC

L6105 – Pessoa idosa com demência, a cuidadora é a esposa, que refere ser difícil administrar a cápsula de omeprazol com a alimentação (dieta pastosa). Foi sugerido pela equipa e por mim pedir ao médico a substituição por outro semelhante mas em comprimido de modo a que possa ser esmagado e misturado com os alimentos. É renitente à ingesta de água/chá e há referência a dejeções diarreicas pelo que se sugeriu que se ofereça gelatina que é algo do seu agrado.

P2568 – Primeira visita domiciliária da equipa a pessoa idosa com patologia oncológica, implicando uma avaliação completa da pessoa idosa e família. É diabético com história de neoplasia da próstata e mais recentemente neoplasia do pâncreas com metastização hepática e peritoneu. Quando abordada a questão da alimentação percebeu-se que com o internamento o doente adquiriu o hábito e gosto de comer papa. Família mostrou as embalagens da papa que compra (sugeridas pela dietista do hospital) verificando-se que apesar de não terem açúcares adicionados ao ler a informação nutricional verifica-se uma quantidade significativa de açúcares. Foi negociado com doente e família só comer papa em dias alternados e apenas ao pequeno-almoço, dando sugestões para comer iogurtes naturais sem adição de açúcar com puré de fruta. Por outro lado mostraram suplementos proteicos aptos para diabéticos mas os quais faziam referência ao facto de conterem açúcar. Tudo isto podendo justificar os valores de hiperglicemia 200-400 verificados no domicílio. Salientada a importância da ingestão proteica (acrescentar carne e peixe na sopa) uma vez que prefere dieta pastosa.

A2035 - Percebe-se que a maioria dos idosos, independentemente da patologia de base, tem renitência para a ingesta de água.

S6709 – Estou habituada a trabalhar no ambiente protegido do hospital, onde temos uma equipa multidisciplinar que pode ser contactada e mobilizada na maior parte das vezes, na comunidade tal não se verifica. Esta “invasão” do espaço do utente no início foi mais difícil para mim, mas rapidamente ultrapassado. Foi uma agradável surpresa verificar que os utentes e famílias estão ávidos de informação, colocando questões

que demonstram a sua necessidade de adquirir conhecimentos sobre os cuidados a prestar.

J8047 – (10-10-2017) Sr. P. de 82 anos, sofreu um AVC isquémico há aproximadamente dois meses, vive com a esposa que é a cuidadora, tem apoio de uma IPSS para a higiene. Encontrado na companhia da esposa sentado à janela. Aparentemente orientado, disartria marcada o que dificulta a comunicação. Colaborante com a enfermeira de reabilitação. Deambula com apoio de 2ª pessoa com equilíbrio na marcha. Não esteve em nenhuma unidade de internamento da RNCCI por recusa da esposa.

Verifico que o domicílio tem boas condições de habitabilidade e higiene e ambos aparentam a idade real. Questionada a esposa sobre a alimentação do utente, referindo que não gosta de papas, prefere ser alimentado à boca sentado no sofá da sala e que antes da doença comia de tudo sem dificuldade. Utiliza prótese dentária que se encontra bem adaptada e íntegra. De acordo com a esposa não apresenta qualquer dificuldade na deglutição. É alimentado pela esposa de dieta pastosa a qual é realizada sempre com carne pois de acordo com a esposa: “eu acho que com peixe ele não vai gostar” (sic). Foi sugerido fazer menos quantidade de sopa experimentando adicionar o peixe.

Uma vez que não apresenta dificuldade na deglutição foi planeado o progressivo abandono da dieta exclusivamente pastosa para incentivo a alimentar-se de dieta mole. Quando questionada sobre a possibilidade de lhe fornecer alimentos mais consistentes refere que ele não come mesmo quando esmagados porque “é preguiçoso, só quer tudo passado e que eu lhe dê à boca” (sic). Foi abordado diretamente o Sr. P. e incentivado a alimentar-se de dieta mais consistente o mesmo assentiu que o iria fazer.

Esposa refere que o utente dorme durante o dia e durante a noite levanta-se algumas vezes. Refere ainda obstipação há cerca de 4 dias, fez hoje lactulose e refere estar a administrar um chá “que lhe disseram que é bom” (SIC). Incentivado o reforço hídrico, fibras e de alimentos como o kiwi.

(11-10-2017): Realizada visita domiciliária com a enfermeira de reabilitação e assistente social. À chegada somos recebidas pela esposa do Sr. P. que logo nos informa que durante a noite o utente sofreu queda quando se levantou do

leito. Manifestou grande preocupação com o facto de ser difícil levantá-lo e solicita ajuda no período noturno uma vez que o Sr. P. continua com dificuldade em dormir durante a noite. Planeado conseguir cama com grades de proteção. Relativamente à alimentação, a esposa refere que ontem ao almoço o utente comeu sentado à mesa a quase totalidade da refeição. Recusou a fruta. Hoje refere tentar estratégia semelhante. Mantém obstipação, mantém cuidados.

(13-10-2017): À chegada doente encontrado sentado no sofá com a televisão ligada, a dormir. Foi ao centro de saúde por apresentar ferida na região parietal da fruto da queda no dia 11. De acordo com a esposa no dia anterior alimentou-se pouco de dieta mole, sendo que hoje está a preparar sopa com legumes e carne para o almoço. Esposa mostra alguma resistência aos ensinamentos (principalmente em relação ao calçado, alimentação e ingressão na RNCCI). Foi pesado, verificando-se perda de peso relativamente aos dados do internamento. A reavaliar na próxima semana. Entregue folha de registo alimentar diário que a esposa irá preencher com a ajuda da filha uma vez que não sabe ler. Mantém obstipação.

(17-1-2017): recolhido registo diário alimentar, foi preenchido com dois dias. Não se verificaram mais episódios de queda. Já tem calçado adequado. Evacuou em pequena quantidade durante o fim-de-semana, já não toma lactulose iniciou dulcolax em comprimidos. Mantém períodos de sono diurno. Ao que consigo avaliar a autonomia/qualidade/quantidade de alimentação a longo do dia varia conforme o estado anímico do utente. Sugiro à ECCL, a longo prazo, a monitorização do peso e manutenção da vigilância da ingestão alimentar. Caso evolução pouco favorável deverá ser encaminhado para consulta de nutrição para possíveis ajustes na dieta, principalmente no que respeita ao aporte calórico.

A5897 - A Sra. M. de 81 anos, vítima de AVC há mais de 1 mês, admitida na ECCL após ter regressado a casa vinda de uma unidade de internamento da RNCCI. Vive com o filho desempregado, ex toxicodependente em programa de metadona. Desloca-se diariamente ao CAT para a administração da metadona, coincidindo com o horário a que é realizada a visita domiciliária.

À minha observação verifico que a habitação está degradada, com condições de higiene precárias fazendo sobressair um contexto social complexo e de carência

económica. Concluiu que é infrutífero deixar um documento para registo de diário alimentar numa família onde a gestão monetária condiciona a compra de alimentos, pairando no ar durante a visita domiciliária a possibilidade de se verificarem dias em que algumas refeições não se fazem.

No que respeita a sequelas do AVC, a Sra. M. mantém ligeira disartria e parésia facial dta que não compromete a alimentação. O filho tinha ido buscar alimentos para o pequeno-almoço ao supermercado (neste dia a que a Sra. M. recebia a reforma). Trouxe 2 bolos tipo madalena e 1 iogurte. Alimentou-se na nossa presença com a mão esq sem dificuldade na manipulação, preparação e transporte dos alimentos à boca. Não apresenta disfagia nem a sólidos nem a líquidos.

A enfermeira gestora de caso da Sra. M. informou-me que por diversas vezes tentou abordar o cuidador no sentido de rentabilizar melhor o orçamento gasto com os alimentos mas sem sucesso. “Ele não quer saber... diz que sim a tudo mas depois não faz...” (sic).

Numa outra visita domiciliária, após a saída do filho, a Sra. M. lamentou o facto de que desde que regressou ao domicílio nunca mais comeu fruta. No final do estágio encontrava-se a aguardar vaga para reingresso na UMDR onde já esteve após o AVC.

B7548 – (6-10-2017): Sr. F. (83 anos) sofreu AVC há cerca de 1 mês. Após o internamento hospitalar regressou a casa ficando sob os cuidados da família. A filha é a principal cuidadora mas como trabalha é o genro (que está desempregado) que o acompanha a maior parte dos dias. No entanto é a filha e por vezes uma pessoa fora do núcleo familiar que realizam os cuidados de higiene.

À minha observação o domicílio apresenta condições de habitabilidade precárias na medida em que o espaço é muito pequeno considerando que vivem 5 pessoas naquela casa. Para colocarem a cama articulada onde dorme o Sr. F. a filha dorme na sala, no sofá e a cama do quarto foi desmanchada e colocado o colchão e estrado encostado à parede reduzindo muito o espaço para a prestação de cuidados.

O Sr. F. é emagrecido mas de acordo com a filha não parece ter perdido peso desde o internamento. Verifica-se que a cama onde está permanentemente é pequena para a sua estatura. Não realiza levante possivelmente devido à falta de espaço. Ingeriu água sem dificuldade através de seringa na presença da equipa. De acordo com a filha pede água com muita frequência. Não gosta de iogurte. Filha faz referência a possíveis dejeções diarreicas (esteve obstipado mas agora não mais que 1x/dia

quando evacua parecem ser fezes pouco consistentes). Filha referiu que por vezes coze batatas com peixe cozido e ovo cozido e que o doente ao tentar comer pela sua mão consegue. No entanto salienta-se o facto (só descoberto depois) que o doente tem diminuição da acuidade visual o que pode dificultar a autonomia neste autocuidado. Reforçada a importância de alimentar com cabeceira elevada uma vez que não realiza levante.

(11-10-2017): Validado com o médico da ECCL a possibilidade de ingestão de vinho questionada pelo próprio Sr. F. Ficou acordada a ingesta de cerca de 100ml (copo pequeno) de vinho ao almoço com reavaliação da situação de forma a avaliar possíveis efeitos negativos. Caso não se verifiquem, pode manter. Comunicado à família e ao utente com boa receptividade. Realizada visita domiciliária com enfermeira de reabilitação e assistente social. À chegada da equipa a filha, a cuidadora particular e o genro estavam em casa a prestar os cuidados de higiene ao Sr. F. Assistimos ao levante realizado pelo genro (só é levantado para que possam mudar os lençóis), sem intercorrências relevantes exceto o facto do espaço físico ser muito pequeno o que dificulta a prestação de cuidados. Quando questionada sobre as refeições do Sr. F. após a minha última visita, refere que para além de sopa é oferecido ao Sr. F. prato com dieta mole sendo mais difícil de ingerir as batatas cozidas (filha referiu que vai mudar a qualidade das batatas e avaliar a receptividade do Sr. F. Hoje ao pequeno-almoço alimentou-se de leite e pão (humedece no leite). Entregue folha para registo alimentar diário à filha, explicada forma de preenchimento a qual demonstrou interesse e colaboração para o preenchimento da mesma. Dia 16/10 será recolhida a folha. Filha refere que nem sempre sabe o que pode dar de comer ao pai. Reforçar ensinamentos de modo a transmitir segurança na prestação de cuidados.

(16-10-2017): Visita domiciliária após os cuidados de higiene. Recolhido registo de diário alimentar. Principal problema referido pelo doente e filha são queixas álgicas. Fez 1gr paracetamol. Recusa a ingesta de vinho referindo que a alimentação que faz agora “não pede vinho” (SIC).

(19-10-2017): Última visita domiciliária. Chegámos no final dos cuidados de higiene, presenciámos o utente a ser alimentado do pequeno-almoço (sopas de leite), sem intercorrências. Mantém queixas álgicas mais acentuadas no cotovelo e

joelho esquerdo, reforço com os familiares a importância de cumprir analgesia. Dormiu mal de noite, segundo o genro, o utente parece apresentar alguns períodos de confusão e verborreia noturna. Resolução social em curso.

**Apêndice XI – Notas de Campo: Contexto Hospitalar, Unidade
Cérebro Vascular**

Notas de Campo Unidade Cérebro Vascular

S5487 – Doente internada com diagnóstico de HSA, com sintomatologia acentuada que compromete a sua qualidade de vida (fotofobia, cefaleias intensas quase insuportáveis, náuseas e vômitos). Por diversas vezes verificou-se a necessidade de encaminhar a doente para realizar angiografia obrigando a períodos de jejum prolongado várias vezes.

P3412 – Doente com diagnóstico de HSA, alterna períodos de agitação com sonolência. Um dos aspetos fundamentais do cuidado de enfermagem é a manutenção da hidratação, com balanço hídrico equilibrado (de preferência positivo) de modo a não agravar a situação clínica. Este equilíbrio não é fácil devido aos sintomas que lhe estão subjacentes (principalmente fotofobia, confusão, inquietação, cefaleias intensas, náuseas e vômitos) comprometendo o grau de colaboração da doente, amentando o seu grau de dependência. Perante a necessidade de porte hídrico e tendo em conta as oscilações do estado de consciência da doente, manteve-se a entubação com SNG apenas para aporte hídrico, sendo que sempre que o estado clínico o permitia a doente era alimentada via oral.

Outro aspeto que compromete ainda mais o estado nutricional desta senhora são os vômitos persistentes que vai tendo de forma intermitente.

L7463 – Doente internado com o diagnóstico de AVC isquémico esquerdo, apresentava défices neurológicos nomeadamente diminuição da força (grau 4) no hemicorpo direito (dominante) e uma hemihipostesia ao nível da mão direita. Não apresentava alterações ao nível da mastigação nem da deglutição, nem alterações cognitivas sendo colaborante nos cuidados. Tendo em conta a pesquisa bibliográfica realizada, para além da postura, grau de atenção e energia do doente foi tido em atenção o tempo que o doente demorou a completar a refeição (sopa, prato, sobremesa).

Comeu a totalidade da sopa, no prato principal foi necessário cortar os alimentos (carne) e por vezes auxiliar a colocar o alimento na colher (utensílio que o doente identificou como sendo facilitador). No transporte da comida à boca por vezes verificava-se alguma diminuição na capacidade de elevação do braço até à boca

sendo necessária uma pequena ajuda. Demorou 50 minutos a completar a refeição sempre com o meu incentivo e da esposa que presenciou todo o momento. Ao longo da refeição o doente foi manifestando preocupação com a diminuição da sensibilidade dizendo “está que parece cortiça” (sic) e por vezes deixava cair a colher. Perante isto, questioneei a equipa se dispunham de talher com cabo de borracha ou com mais textura tendo sido a resposta negativa. Saliento que os talheres que vinham para os doentes eram descartáveis, muito leves o que nesta situação compromete ainda mais a capacidade para o autocuidado. Conseguimos arranjar uma colher de metal, mais pesada o que torna a tarefa ligeiramente mais fácil.

Este foi um momento valioso na minha aprendizagem na medida em que pude constatar na prática alguns aspetos que encontrei previamente durante a pesquisa bibliográfica. A falta de equipamento adaptativo adequado e o tempo que levou a completar a refeição, com a necessidade do enfermeiro junto do doente durante toda a refeição são obstáculos à promoção do autocuidado da alimentação.

As inúmeras atividades exigidas aos profissionais assim como a complexidade de situações à sua responsabilidade, não permitem dar a atenção que se deveria dispensar no momento da refeição. Destaco dois momentos: um deles foi a pressão que é colocada (mesmo que inconscientemente) para que o doente termine depressa a refeição, nomeadamente questionar o doente se já terminou quando este está claramente ainda a alimentar-se. Outro exemplo baseia-se no facto de a dado momento da refeição, tendo em conta que o doente batia com a mão no tabuleiro da refeição cada vez que tentava alcançar o prato, eu coloquei o prato diretamente na mesa, pondo o tabuleiro noutra ponta, algo que foi valorizado pelo doente: “assim é melhor” (sic). A assistente operacional ao ver o tabuleiro de parte dirigiu-se de imediato à mesa para remover o tabuleiro, algo que eu não permiti, pedindo que o deixasse uma vez que a refeição não estava terminada.

Eu própria, apesar de estar em contexto de estágio, com disponibilidade praticamente exclusiva para presenciar este momento da refeição, senti-me pressionada sentindo que estava “há muito tempo” junto do doente para que este se alimentasse (demorou cerca de 50 minutos). No entanto, este esforço foi compensador para o doente na medida em que, de acordo com *feedback* que me foi dado por uma das enfermeiras que presenciou o jantar, o próprio doente adotou algumas estratégias compensatórias (enrolou um guardanapo em torno do cabo do talher para aumentar a textura).

F9064 – Doente internada com o diagnóstico de AVC isquémico, esteve com SNG por alteração do estado de consciência. Verificou-se melhoria progressiva do seu estado geral. Quando o estado de consciência o permitiu, foi retirada a SNG e realizada a avaliação da deglutição (por mim com supervisão da enfermeira orientadora). Não se verificou disfagia, tendo sido então pedida dieta normocalórica. Apesar disto, a primeira refeição foi administrada por mim (inicialmente) com o cuidado de não misturar duas consistências/texturas de alimentos diferentes, incentivando a doente a concentrar-se na mastigação, mastigando bem os alimentos e na deglutição evitando a hiperextensão do pescoço. Após verificar que se conseguia alimentar de forma segura, a doente foi incentivada a alimentar-se por mão própria, o que aconteceu com sucesso.



8º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE DA
PESSOA IDOSA

Estágio com Relatório

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO
AUTOCUIDADO DA ALIMENTAÇÃO NA PESSOA IDOSA
COM AVC E FAMÍLIA**

ESTUDO DE CASO

Ana Marta Plácido Alves nº 356

Lisboa,
Dezembro, 2017



8º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE DA
PESSOA IDOSA

Estágio com Relatório

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO
AUTOCUIDADO DA ALIMENTAÇÃO NA PESSOA IDOSA
COM AVC E FAMÍLIA**

ESTUDO DE CASO

Ana Marta Plácido Alves, nº 356

Professora Orientadora
Emília Brito

Lisboa,
Dezembro, 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	6
2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA	8
Internamento Atual	9
3. MODELO CONCEPTUAL DO AUTOCUIDADO	14
4. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA	16
4.1. Requisitos de Autocuidado Universais	16
4.2. Avaliação da funcionalidade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD)	18
4.3. Avaliação da funcionalidade na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)	18
4.4. Avaliação do risco nutricional	19
4.5. Avaliação do risco de úlcera por pressão	19
4.6. Avaliação do risco de queda	19
4.7. Avaliação da dor	19
5. AVALIAÇÃO FAMILIAR	20
5.1. Modelo de Calgary de Avaliação da Família	20
6. PLANO DE CUIDADOS	22
7. ANÁLISE E REFLEXÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
Apêndice I: Genograma e Ecomapa	
Anexo I: Escala de Barthel Modificada na Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária	
Anexo II: Índice de Lowton-Brody na Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária	
Anexo III: Mini Nutritional Assessment	

Anexo IV: Escala de Braden

Anexo V: Escala de Morse

Anexo VI: Escala Comportamental da Dor (BPS – Behavior Pain Scale)

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso surge no âmbito da implementação do projeto de estágio “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”, com vista ao desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família.

Para tal recorreu-se à metodologia de estudo de caso que

“reflete o interesse da profissão em organizar o seu trabalho, baseando o estabelecimento de suas ações na análise da história do paciente (...) são os estudos aplicados na assistência direta de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade (Galdeano, Rossi & Zago, 2003, p. 372),

contribuindo para que os enfermeiros possam delinear um plano de cuidados que vá ao encontro das necessidades identificadas.

O Sr. J. foi selecionado uma vez que tem idade superior a 65 anos, com o diagnóstico de AVC, com défice no autocuidado da alimentação, que se constitui como a problemática central do trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

Numa primeira parte é realizado um enquadramento teórico sobre a problemática do AVC e posteriormente a caracterização do Sr. J. e família assim como a evolução da sua situação de saúde desde a admissão até ao momento da alta. Para tal, foi realizada a avaliação multidimensional do Sr. J. e família, permitindo a identificação precoce de situações de risco e das suas necessidades com vista ao planeamento de intervenções adequadas (Sequeira, 2010).

O plano de cuidados foi elaborado à luz do modelo conceptual do Autocuidado, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Posteriormente é realizada uma breve análise e reflexão do presente trabalho, bem como os contributos do mesmo para a minha formação enquanto mestre e enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa e família.

1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Assistimos nas últimas décadas ao aumento do envelhecimento populacional um pouco por todo o mundo (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2015). Os principais problemas de saúde na pessoa idosa dizem respeito a situações de doença crónica, sendo as doenças cardiovasculares, o cancro, a doença respiratória crónica e a diabetes, as que mais contribuem para o aumento dos custos com os cuidados de saúde, com consequências a nível social, uma vez que, em 2012 foram responsáveis por 38 milhões de mortes em todo o mundo prevendo-se que em 2030 passem para 52 milhões (OMS, 2015). Em Portugal, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e as que mais contribuem para o aumento da morbilidade das populações (Ribeiro, Furtado & Pereira, 2013).

As doenças cardiovasculares englobam um conjunto de doenças cardíacas e vasos sanguíneos, sendo que 80% correspondem a enfarte agudo do miocárdio e a AVC (World Health Organization (WHO), 2016). Ambos caracterizam-se como sendo eventos agudos provocados principalmente por um bloqueio que impede a chegada de sangue ao coração ou ao cérebro. A principal causa para este bloqueio, é a deposição de gordura dentro dos vasos sanguíneos responsáveis pela condução de sangue ao coração e cérebro. Por outro lado, o AVC pode também ser provocado pela rutura de um vaso sanguíneo no cérebro ou por um coágulo. Deste modo, pode ser classificado como isquémico ou hemorrágico, tendo como consequência défices neurológicos, que podem ser temporários ou permanentes. Caracteriza-se por ser um episódio súbito acompanhado de alterações neurológicas que se prolonga por 24 horas, sendo o mais frequente o isquémico (Sands & Maxwell-Thompson, 2003). Salienta-se ainda que a prevalência de AVC aumenta com a idade (Sousa-Uva & Dias, 2014).

As alterações demográficas assim como os progressos tecnológicos que contribuem para um mundo cada vez mais globalizado, têm influenciado a vida das populações principalmente nos países desenvolvidos. Têm-se verificado alterações nos estilos de vida, que contribuem para o aumento das doenças cardiovasculares, o que, associado ao aumento da longevidade, tem como consequência uma maior exposição das pessoas aos fatores de risco durante mais tempo (WHO, 2017).

A ocorrência de AVC resulta da presença de um ou mais fatores de risco tais como tabagismo, má alimentação, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia (Sands & MaxwellThompson, 2003; WHO, 2016).

Os principais sintomas de AVC são hemiparesia ou hemiplegia, disfagia, disartria, afasia, parestesias, diplopia, apraxia, agnosia, alterações de memória, labilidade emocional, perda da capacidade de raciocínio e concentração (Sands & Maxwell-Thompson, 2003).

Apesar das elevadas taxas de mortalidade, muitas das vítimas de AVC sobrevivem à fase aguda da doença. No entanto, é passível de provocar sequelas físicas e psicológicas com impacto a nível social e económico constituindo-se como um problema de saúde pública (Sá, 2009).

2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

Sr. J. 68 anos, casado com a Srª M. há 43 anos. Reformado, era tipógrafo de profissão. Têm duas filhas: a mais velha (Srª P.) é assistente operacional e a mais nova (Srª L.) é auxiliar de ação educativa. Têm 3 netos menores. O agregado familiar é constituído pelo Sr. J. e a esposa. Têm o apoio das filhas. De acordo com a filha mais velha o Sr. J. “sempre teve mau feitio... sempre foi mau doente”.

Antecedentes Pessoais

- AVC isquémico em Outubro 2017
- DM II
- HTA
- Cardiopatia Isquémica com Enfarte Agudo do Miocárdio em 2004
- Doença Cérebro Vascular (AVC anterior?)
- Neoplasia da próstata submetido a prostatectomia radical com margens positivas em 2012, faz hormonoterapia intermitente.

Desconhece Alergias

Terapêutica de ambulatório:

AAS 100mg

Carvedilol 6,25mg

Metformina 1gr

Metformina 500mg

Sitagliptina 50mg 3x/dia

Glicazida 60mg

Mononitrato de Isossorbida 50

Lisinopril 20mg

A **23/10** o Sr. J. iniciou quadro de prostração, desorientação, mutismo com desequilíbrio e diminuição da mobilidade no hemicorpo direito (descrita força 0 no membro inferior direito e 1 no superior direito) com um dia de evolução, pelo que foi encaminhado ao serviço de urgência (SU). De acordo com os familiares nos dias

anteriores tinha referido cefaleias e sensação de mal-estar geral, aumento do número de dejeções e mais moles que o habitual, não sendo possível apurar o aspeto. Nega náuseas ou vômitos ou queixas urinárias. Sem assimetria facial ou desvio da língua.

De acordo com os registos, uma vez que apresentava mais de 24h de evolução dos sintomas, não tinha indicação para acionar a Via Verde AVC, por ultrapassar o período de janela terapêutica. Suspeita de disartria. Febril, suspeita de infeção respiratória (aspiração?) com aumento dos parâmetros inflamatórios. Cumpriu 7 dias de Amoxicilina + Ácido Clavulânico. Esteve internado num serviço de medicina, apresentando períodos de agitação sendo necessária a administração de Haloperidol 5mg em SOS.

Nos registos deste internamento há indicação para referenciação para uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), mas por melhoria do quadro clínico teve alta para o domicílio sendo a cuidadora principal a esposa, também ela idosa.

Da análise da carta de alta (3/11) e no que respeita ao autocuidado da alimentação salienta-se o registo de descontrolo dos valores de glicémia capilar, tendo sido referenciado para consulta de diabetes; não há referência à dieta em vigor, apenas que é dependente nas atividades de vida e que tolera a alimentação. Deve cumprir dieta pobre em açúcares e evitar doces e pão branco. Tem alta para casa com apoio da família.

Internamento Atual

A **16/11** o Sr. J. foi novamente encaminhado ao SU por história de convulsão com tremores do hemicorpo direito com 2h de evolução. Apresentava oscilação do estado de consciência, com resposta à estimulação verbal.

De acordo com os registos foi muito difícil reverter as mioclonias abdominais com a terapêutica instituída. Ficou em observação com o diagnóstico de AVC isquémico agudo e crises convulsivas parciais motoras não controladas com a terapêutica instituída (fez levetiracetam, ácido valproico e fenitoína). Apresentava hipomagnesémia. Foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgicos (UCIP) a 18/11.

Durante os dias que estive no SU, nas notas de enfermagem há referência a ter tolerado dieta sem disfagia e noutro registo que o Sr. J. apresentava bons reflexos de sucção e deglutição.

No dia **24/11** foi transferido para o serviço de medicina. À chegada apresenta sonda nasogástrica (SNG), não havendo referência (verbal ou escrita) ao motivo pelo qual estaria entubado; presume-se que terá sido por oscilação do estado de consciência com vista à prevenção do risco de aspiração. Pouco depois de ter chegado à enfermaria o Sr. J. exteriorizou a SNG, pelo que a enfermeira fez uma primeira tentativa de o alimentar por via oral, sem sucesso, referindo que o Sr. J. acumulava os alimentos na boca (puré de fruta) não deglutindo, mesmo quando incentivado para tal. Esta informação foi-me transmitida oralmente tendo em conta a temática do projeto de estágio e o presente estudo de caso, no entanto a intervenção não ficou registada no processo do doente. Apenas há referência a ter-se extubado e entubado novamente com SNG nº 16.

Manteve-se entubado por prostração, oscilava períodos de inquietação (com necessidade de contenção física ao nível do membro superior esquerdo), apresentava hemiparésia direita.

Avaliação médica a 27/11: consciente pouco colaborante, apirético, hidratado, eupneico. À minha observação: prostrado, com abertura espontânea dos olhos. Não cumpre ordens, apresenta períodos em que responde a questões simples (à abordagem “bom dia!” respondeu “bom dia”). Apresentava SNG clampada cumpre nutrição entérica *Diason* 1500ml/dia dividido por bólus de 250ml nas 6 refeições diárias, cumprindo pausa noturna. Tolerava.

A **29/11** iniciou levante para cadeirão com apoio de 2 pessoas no turno da manhã, tendo repetido na tarde. Colaborante na transferência, apresenta força mantida nos membros inferiores. Mantém hemiparésia direita de predomínio braquial. Melhoria do estado de consciência, embora mantenha quadro confusional. Decidiu-se testar novamente dieta oral. Tolerou dieta pastosa (puré de fruta) foi administrado com auxílio de seringa uma vez que com colher apresentava recusa (salienta-se que os familiares estavam presentes e que também tentaram com colher mas o doente manteve a recusa. Eu decidi pedir para aguardarem no corredor por forma a que a ansiedade não passasse para o doente e para que ele pudesse manter o foco. Mostraram-se compreensivos). Administrada água, tolerou sem disfagia. No entanto,

ao jantar apenas foi possível administrar 50ml sopa por via oral, pelo que foi reiniciada nutrição entérica (150ml, havia referência a estase em turnos anteriores e como tinha sido alimentado com alguma quantidade via oral, optou-se por reduzir o volume do bólus).

No dia 30/11 foi extubado, sendo alimentado exclusivamente por via oral de dieta pastosa com tolerância. Tendo em conta a pouca colaboração do doente no cumprimento de ordens, conseguiu apurar-se que apenas tem 3 dentes. Apresenta acessos de tosse produtiva. Faz fisioterapia com treino de marcha que tolera.

De acordo com os familiares, o Sr. J. no último internamento regressou a casa sob o cuidado da esposa sem qualquer apoio da comunidade. O Sr. J. recuperou a funcionalidade do hemicorpo dto e alimentava-se sem alteração neste autocuidado. No entanto, durante a noite “gritava e ficava agressivo. Não dormia ele nem eu” refere a esposa, sendo que esta situação teve repercussões na vida da Sr^a M. “eu não comia... não tinha apetite devido a esta situação toda” (sic). De acordo com os registos na plataforma de dados de saúde, a esposa do Sr. J. queixou-se à médica de família do facto do Sr. não dormir. Ficou com prescrição de Triazolan 0,25mg. Mas de acordo com a filha “parecia que ainda fazia pior”.

A filha mais velha salienta “nós queremos tê-lo em casa mas quando ele estiver melhor... a minha mãe não tem saúde para tomar conta dele... nós trabalhamos”(sic).

Salienta-se que a família já foi encaminhada para a assistente social, sendo que iam agendar entrevista. Prevê-se candidatura para RNCCI.

A **4/12** referência ao facto de o doente ter estado muito confuso durante a noite e que não dormiu, sendo necessária a otimização terapêutica. No turno da manhã, à minha abordagem doente desperto, mais comunicativo mantendo o discurso desorientado. Foram prestados cuidados de higiene no WC em cadeira de duche, incentivado a lavar-se mas sem sucesso (fica parado com a manípula na mão). Iniciou terapia da fala e terapia ocupacional mas não colabora. Colaborante com a fisioterapeuta no treino de marcha pelo que irá iniciar fisioterapia no ginásio. Esporadicamente apresenta tosse seca.

No dia 06/12 foi observado por neurologia por tremor de repouso ao nível dos membros inferiores. Apresentava rigidez dos membros pronunciado à direita com diminuição da mimica facial, admitindo-se efeito extrapiramidal da quetiapina e haloperidol, podendo estar associado a doença de Parkinson insipiente. Iniciou

levodopa/carbidopa, diazepam e oxazepam e suspendeu neurolépticos. Verificou-se melhoria do quadro assim como a extinção dos períodos de confusão e agitação noturna.

No dia **14/12** foi a consulta de Medicina Física e Reabilitação mas não foi admitido. Nesse dia doente muito sonolento, dificilmente despertável, o que pode ter condicionado a avaliação. No entanto ao longo do internamento, possivelmente devido ao grau de afasia, o doente não colabora na maioria das AVBD's, nem no processo de reabilitação. De acordo com o registo da consulta o doente apresentava-se prostrado, sonolento e não colaborante, não cumpriu ordens simples pelo que não apresentava condições de tratamentos de reabilitação em programa intensivo. Foi realizada candidatura à RNCCI.

A **19/12** realizou TAC CE com imagens sugestivas de evolução para cronicidade do enfarte cerebral e território vascular de barreira. A 20/12 iniciou insulina lantus 24 UI ao jantar. Por ITU com *Klebsiella pneumoniae* iniciou amoxicilina + ácido clavulânico. Teve alta para o domicílio a 22/12 com apoio domiciliário.

Terapêutica do internamento a 3/12

- Bisacodilo 10mg – 22h
- Enoxaparina 40 – 12h
- Fenitoína 400mg – 9h
- BMT esquema de Actrapid 9h – 13h – 19h
 - Insulina humana de ação rápida 4U (BMT »180 – 240)
 - Insulina humana de ação rápida 6U (BMT 240 – 300)
 - Insulina humana de ação rápida 8U (BMT 300 – 400)
 - Insulina humana de ação rápida 10U (BMT »400)
 - Glucose 300mg/ml 2gr se BMT «80
- Insulina Isofânica 100UI/ml ação intermédia – 26U – 9h
- Insulina Isofânica 100UI/ml ação intermédia – 10U – 20h
- Lactitol 10g pó sol. Oral saqueta – 9h – 20h
- Levetiracetam 10mg/ml sol. Oral 15ml – 9h – 19h
- Olanzapina 5mg orodispersível – 22h
- Pantoprazol 40mg – 8h
- AAS 100mg – 12h

Foi observado por neurologia por tremores, tendo iniciado levodopa/carbidopa 125mg, e diazepam ao deitar, com melhoria.

3. MODELO CONCEPTUAL DO AUTOCUIDADO

O autocuidado baseia-se no exercício de atividades que promovam o aperfeiçoamento de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício com o objetivo de preservar um estilo de vida saudável com vista à manutenção do bem-estar pessoal (Taylor, 2002).

Orem (1991) define três categorias de requisitos para o autocuidado que dizem respeito às ações promotoras de autocuidado: universal (manutenção da vida e funcionalidade do ser humano, relacionado com as atividades de vida diária), desenvolvimento (dizem respeito às atividades de vida diária mas condicionadas/alteradas pelo processo de desenvolvimento) e desvio de saúde (relacionado com situações de doença ou restrição devido a tratamento).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Orem (1991) identifica 3 requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde) que assentam em 3 pressupostos: os seres humanos por natureza têm necessidades comuns no aporte a ar água e alimentos com vista à manutenção da vida; o desenvolvimento humano desde a concepção à morte requer a formação e manutenção de um conjunto de condições que promovam os processos conhecidos em cada etapa do ciclo de vida e por fim que os problemas genéticos e desvios da integridade estrutural do funcionamento humano, a funcionalidade e o bem-estar comportam requisitos para a prevenção e ações reguladoras para controlar a sua extensão e controlar os seus efeitos.

Requisitos de Autocuidado Universais

São comuns a todos os seres humanos em todas as etapas do ciclo de vida, estando associados aos processos vitais que visam a manutenção da integridade e funcionamento humano.

São 8 requisitos que representam as classes de ações humanas que produzem as condições internas e externas que mantêm a estrutura e funcionamento humanos, que promovem o desenvolvimento humano. Quando é

efetivo, o autocuidado ou o cuidado dependente, organizado em torno dos requisitos de autocuidado universal, reforça de forma positiva a saúde e bem-estar. O resultado das ações que visam a satisfação de cada requisito, contribuem de maneira diferente para a saúde e bem-estar (Orem,1991).

Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento

Estão relacionados com os processos de desenvolvimento humano e com as condições e eventos que ocorrem nas diferentes etapas do ciclo de vida, assim como eventos que podem prejudicar desenvolvimento humano (Orem, 1991).

O Sr. J. sempre foi uma pessoa que trabalhou a vida inteira desde muito jovem. Após a reforma tentou manter rotinas mais sociais e juntamente com a esposa, tomam conta dos netos, enquanto as filhas trabalham.

Requisitos de Autocuidado de Desvio de Saúde

Estão relacionados com as alterações na estrutura e funcionamento humana, os seus efeitos e as medidas de diagnóstico e tratamento médico (Orem, 1991).

De acordo com a filha mais velha, o Sr. J. sempre foi “um mau doente” (sic). Vai ao médico com alguma frequência, com vista à manutenção da terapêutica habitual, mas não tem nenhum cuidado especial ou preocupação com a sua saúde ou alimentação.

4. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

4.1. Requisitos de Autocuidado Universais

- **Manutenção de aporte de ar suficiente**

O Sr. J. apresenta-se eupneico em ar ambiente SpO2 97-99%, sem sinais de dificuldade respiratória aparentes e sem necessidade de aporte de oxigênio suplementar.

- **Manutenção de um aporte de água suficiente**

O Sr. J. antes deste internamento ingeria cerca de 1L água/dia, mas com insistência por parte dos familiares. Durante o internamento, enquanto esteve com alimentação entérica era hidratado pela SNG. Após a remoção da sonda foi avaliada a deglutição não se verificando disfagia em qualquer consistência testada (líquida, pastosa e sólida). Sempre que inquirido sobre a sua vontade para a ingestão de água a maioria das vezes recusava. No entanto se fosse oferecido o copo, ingere água em pequenas quantidades. É fundamental que toda a equipa esteja desperta para a necessidade de ao longo do dia ir oferecendo água nos intervalos da terapêutica e refeições. Aparentemente sem sinais evidentes de desidratação.

- **Manutenção de um aporte de alimentos suficiente**

Antes do internamento, já após o AVC, no domicílio, o Sr. J., tendo recuperado a função motora e não apresentar dificuldades na mastigação e deglutição, alimentava-se por mão própria, realizando cerca de 4 refeições por dia. Aquando da admissão no serviço de medicina, por alteração do estado de consciência, com risco elevado de aspiração, era alimentado com *Diason* 1500ml/dia dividido por bólus de 250ml nas 6 refeições diárias, cumprindo pausa noturna. Quando iniciou alimentação via oral, numa primeira fase apresentava períodos de recusa alimentar mas a longo prazo foi aceitando as refeições cumprindo dieta pastosa otimizada pela dietista de acordo com a avaliação realizada das necessidades nutricionais do Sr. J.

- **Providenciar cuidados associados com os processos de eliminação e excrementos**

O Sr. J. anteriormente era continente. No internamento, possivelmente devido às alterações cognitivas, apresenta-se incontinente. Foi desalgaliado necessitando de fralda 24h/dia.

- **Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso**

Iniciou levante a 29/11 realiza fisioterapia diariamente de segunda a sexta-feira, oscilando muito o grau de colaboração. Realiza levante para cadeira de rodas 2x/dia. No período noturno, relativamente ao sono muitas vezes fica mais inquieto e agitado durante a noite (episódios que já aconteciam no domicílio e motivo de stress do cuidador). Ao longo do internamento foi sendo otimizada a terapêutica. Este é um dos motivos pelo qual a família hesita ficar responsável pelos cuidados após a alta hospitalar.

- **Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação humana**

De acordo com os familiares o Sr. J. sempre foi uma pessoa “difícil” mas tinha vida de contacto não só com os familiares mas com colegas de trabalho e na zona onde vivem. Atualmente, o Sr. J. pouco interage sendo muito estimulado quer pela equipa de enfermagem quer pelos familiares durante a visita. No entanto, a maior parte do tempo apresenta um olhar apático ou acabando por adormecer na cadeira.

- **Prevenção dos perigos da vida e a manutenção do bem-estar humano**

O Sr. J. vive com a esposa num apartamento T2, sem elevador o que condiciona a deslocação nesta fase em que se encontra mais dependente a nível físico. É a esposa quem gere o regime terapêutico que cumpre. É a esposa que gere a vida doméstica (limpeza e arrumação, alimentação).

- **Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais de acordo com o potencial humano, conhecimentos das suas limitações e o desejo humano de ser normal (normal no sentido em que o que é essencialmente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e o talento dos indivíduos).**

O Sr. J tinha as suas rotinas de atividade (ir ao café, acompanhar a esposa nas compras de supermercado) algo que tentou manter após o primeiro internamento. Neste momento, estando com maiores limitações ao nível cognitivo, há maior condicionamento na interação com os outros e na atividade física, algo que deverá ser estimulado.

4.2. Avaliação da funcionalidade na realização das atividades básicas de vida diária (ABVD)

Aquando do AVC, preconiza-se a avaliação do estado funcional de modo a caracterizar o grau de independência. De acordo com a DGS, uma das escalas a mobilizar na avaliação da pessoa idosa com AVC é a escala de Barthel. Neste sentido, foi utilizada a Escala Modificada de Barthel (ANEXO I) uma vez que está contemplada no programa informático de registo SClinico. Esta escala avalia o grau de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do sanitário, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Pode ser preenchido através da observação direta, dos registos clínicos ou pela própria pessoa, avaliando se é independente no desempenho de determinadas tarefas (Norma nº 054/2011; Apóstolo, 2012).

4.3. Avaliação da funcionalidade na realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

Recorreu-se ao Índice de Lawton-Brody (ANEXO II) que avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização das atividades instrumentais que compreendem oito tarefas: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. A pontuação é atribuída de acordo com a

capacidade da pessoa idosa para realizar essas tarefas (Araújo, Paúl, & Martins, 2008; Sequeira, 2007).

4.4. Avaliação do risco nutricional

Para esta avaliação foi utilizado o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (ANEXO III) que permite a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa aquando da admissão, assim como a monitorização de alterações durante o internamento, permitindo uma intervenção atempada, evitando o declínio nutricional (Loureiro, 2008). O MNA é composto por seis questões iniciais de triagem e uma segunda parte para avaliação global composta por doze questões (Nestlé Nutrition Institute, 2017).

4.5. Avaliação do risco de úlcera por pressão

O instrumento preconizado na instituição e obrigatório avaliar em todos os doentes internados é a Escala de Braden (Anexo IV). Esta escala contempla seis dimensões que estão envolvidas no desenvolvimento de UPP: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento (Apóstolo, 2012). De acordo com as normas do serviço, esta avaliação é realizada na admissão e de 2/2 dias.

4.6. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda é obrigatório em todos os doentes admitidos na instituição, sendo a Escala de Morse (Anexo V) a que está implementada. Esta é constituída por seis itens, cuja soma das pontuações de cada um determina o risco de queda (Barbosa, Carvalho & Cruz, 2015). De acordo com as normas do serviço, esta avaliação é realizada na admissão e de 7/7 dias.

4.7. Avaliação da dor

De acordo com a DGS a dor é considerada o 5º sinal vital sendo a sua avaliação realizada obrigatoriamente a todos os doentes internados. Tendo em conta a afasia do Sr. J. a escala escolhida foi a *Behaviour Pain Scale* (BPS) (ANEXO VI) (escala de heteroavaliação preconizada no serviço onde um doente sem dor é classificado como 2 uma vez que não estão ventilados).

5. AVALIAÇÃO FAMILIAR

5.1. Modelo de Calgary de Avaliação da Família

Durante a prestação de cuidados foram utilizados alguns métodos de colheita de dados nomeadamente a entrevista e a observação participativa tendo em conta o modelo de Calgary de avaliação da família. Este modelo permite uma abordagem da família em três dimensões: estrutural (composição, organização e características dos membros familiares), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares) (Wright & Leahey, 2012). As informações recolhidas permitiram a elaboração de instrumentos tais como o genograma e o ecomapa (Apêndice I). O genograma consiste na elaboração da árvore genealógica da família através da entrevista entre enfermeiro e família. Este instrumento permite identificar eventos críticos que afetam a dinâmica familiar, nomeadamente mudanças no seu ciclo de vida (Mello, Vieira, Simpionato, Alves, & Nascimento, 2005).

O ecomapa permite identificar a relação da família com o ambiente envolvente, demonstrando a ligação entre os elementos da família assim como o vínculo com recursos da comunidade (Mello et al, 2005)

5.2. Estrutura familiar

Atualmente o agregado familiar é composto apenas pelo Sr. J e esposa. Para a avaliação da estrutura familiar foram construídos o Genograma e o Ecomapa (Apêndice I).

5.3. Desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento salienta o trajeto realizado pela família tendo em conta os eventos que vivencia (Sousa, Figueiredo, & Erdman 2010). De acordo com McGoldrick & Carter (2008) a família do Sr. J. encontra-se no estadio 6 – Famílias no fim da vida. Este estadio pressupõe um processo emocional de transição que se baseia na aceitação da mudança de papéis das gerações. Com o último AVC, o Sr. J. passou a ser mais dependente obrigando a que a esposa cuide de si em permanência. Por outro lado, exige dos filhos uma maior preocupação e participação nos cuidados não só ao Sr. J. mas também à Srª M. Assim, com vista ao desenvolvimento familiar, há mudanças que ocorrem

com este evento onde é importante manter a funcionalidade não só do Sr. J. mas do casal, face ao declínio fisiológico. Esta situação obriga a ajustes no papel que cada elemento desempenha a nível familiar e social (McGoldrick & Carter, 2008).

5.4. Funcional

A avaliação funcional engloba aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares. Engloba duas dimensões: a instrumental (relativa às atividades diárias da família) e a expressiva (relativa à interação entre os elementos da família). Esta avaliação permite compreender a família enquanto sistema complexo, multidimensional (Figueiredo, 2009).

A vivência de uma situação de doença, obriga à execução de mais atividades para os familiares, exigindo a adaptação de cada elemento na medida em que se verifica uma mudança de papéis organizados em função da pessoa idosa dependente de quem assumem os cuidados aquando do regresso a casa.

Considerando a família do Sr. J. e o facto de ter 2 internamentos muito próximos, foi possível identificar algumas dificuldades que a Sr^a M., também ela idosa e com problemas de saúde. Perante os problemas que vivenciaram aquando do regresso a casa do Sr. J. no primeiro internamento, tanto a Sr^a M. como as filhas manifestam grande preocupação face ao regresso a casa após o internamento atual.

Deste modo, é a Sr^a M. que assegura a satisfação das necessidades básicas e instrumentais do Sr. J., uma vez que ambas as filhas trabalham dando apoio apenas quando estão disponíveis. Sempre que é necessário deslocar-se ao hospital ou ao centro de saúde, as filhas organizam-se para que pelo menos 1 os acompanhe.

Sob ponto de vista das interações familiares, verifica-se que existem uma relação de suporte entre o casal e as filhas, genros e netos, mas que nem sempre é suficiente face ao grau de dependência do Sr. J. e pela necessidade de cada filha para gerir o dia-a-dia da família nuclear. Perante estes factos, o Sr. J. teve alta para o domicílio com apoio na higiene e alimentação enquanto aguarda vaga numa Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado.

6. PLANO DE CUIDADOS

Tendo em conta a avaliação multidimensional do Sr. J. e família foi delineado um plano de cuidados que visa o planeamento de intervenções que vão ao encontro das necessidades identificadas.

Requisitos de Autocuidado	Diagnóstico de Enfermagem	Tipo de Sistema	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Manutenção de um aporte de água suficiente	Beber comprometido	Totalmente compensatório Apoio-educação	- Administrar líquidos - Incentivar a ingestão de líquidos - Vigiar a ingestão de líquidos	Ao longo do dia oferecia água ao Sr. J. que muitas vezes recusava quando questionado mas se lhe desse bebia em pequena quantidade de cada vez. Não apresentava disfagia. A família foi incentivada a fazê-lo durante a visita, a qual o doente aceitava.
Manutenção de um aporte de alimentos suficiente	Alimentar-se comprometido	Totalmente compensatório Apoio-educação	- Alimentar cliente - Vigiar alimentação - Ensinar sobre padrão alimentar - Ensinar família sobre regime dietético - Pesar cliente 1x/semana	O Sr. J. era alimentado de dieta Hipoglucídica pastosa, com boa aceitação e tolerância. Era incentivado a comer por mão própria mas devido à hemiparésia dta (lado dominante) apenas agarrava a taça da sopa.

				Família foi incentivada a alimentar o doente pelo lado direito de modo a estimular o lado afetado, sendo realizado com sucesso.
Providenciar cuidados associados com os processos de eliminação e excrementos	Eliminação comprometida	Totalmente compensatório	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar fralda - Vigiar eliminação urinária - Vigiar eliminação intestinal 	<p>Numa fase inicial o Sr. J. esteve algaliado. Posteriormente foi desalgaliado, urina na fralda nas 24h não solicitando ida ao WC ou arrastadeira. De manhã antes da higiene era encaminhado ao sanitário em cadeira própria.</p> <p>Foi diagnosticada infecção do trato urinário e medicado com antibiótico.</p>
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Andar comprometido	Totalmente compensatório	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar o cliente no leito - Transferir o cliente para cadeira de rodas, - Transferir o cliente para o leito - Treinar o cliente a andar com auxiliar de marcha (andarilho) 	Realiza levante bidiário para cadeira de rodas, realiza fisioterapia com treino de marcha onde colabora por períodos.

			- Promover o exercício	
Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais de acordo com o potencial humano, conhecimentos das suas limitações e o desejo humano de ser normal	Risco de isolamento social	Apoio-educação	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular o cliente a comunicar - Observar a interação do cliente com a família 	Sempre que se ia ao quarto interagia com o Sr. J, apresentava-me cumprimentando-o. Por vezes devolvia o cumprimento, outras vezes parecia mais apático. Foi incentivada a família a interagir e estimular o Dr. J. durante a visita, falando dos netos e das atividades que anteriormente realizava.

7. ANÁLISE E REFLEXÃO

A realização do presente estudo de caso contribuiu para dar resposta aos objetivos do projeto de estágio, “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”, com vista ao desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa, nomeadamente com AVC, no autocuidado da alimentação e família. Foi também uma mais-valia para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família, uma vez que foi mobilizado como exemplo nas sessões de formação realizadas junto da equipa.

No sentido de prestar cuidados de excelência à pessoa idosa e família, é fundamental conhecer a pessoa de quem cuidamos para além da doença. Para isso, devemos começar por estar atentos à narrativa da pessoa e família, uma vez que é através dela que podemos aceder ao modo como cada um vivencia o processo de doença, as suas expectativas e o significado que lhe atribui. A narrativa é influenciada por aspetos culturais e pessoais relativos ao processo saúde-doença, sendo sujeita a interpretação do profissional (Brink & Skott, 2013). O conteúdo da intervenção individualizada não é preparado antes da interação entre pessoa/família e enfermeiro, mas uma consequência dessa interação. Deste modo, os enfermeiros devem desenhar as suas intervenções com vista à individualização, em tempo real, à medida que interagem com o doente e família, exigindo ao enfermeiro flexibilidade, de modo a conseguir dar resposta a possíveis imprevistos (Lauver et al., 2004, citado por Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi, 2008). Foi através da narrativa principalmente da família do Sr. J. que me foi dado a conhecer a sua história de vida, as vivências e estratégias de adaptação à doença e as angústias face ao futuro incerto que aqui foram descritas.

Neste sentido, é importante reconhecer as necessidades não só da pessoa idosa com AVC, com défice no autocuidado, mas também dos familiares que assumem o papel de cuidadores e estabelecer um plano de intervenção, que dê resposta a essas necessidades e que tenha em consideração “o fornecimento de informação atempada, a avaliação de dificuldades, treino específico para promoverem os cuidados, serviços que possibilitem o descanso do cuidador, benefícios fiscais e a

possibilidade de algum tipo de remuneração ao cuidador informal” (Pereira, 2013, p. 15).

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me delinear estratégias de intervenção em conjunto com a equipa multidisciplinar (enfermeiros, médico, assistente social, dietista) e com a família, com vista à promoção do autocuidado e à continuidade dos cuidados¹ facilitando a transição aquando do regresso a casa.

¹ “conjunto de ações que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores (...) é um direito da pessoa assistida e um dever dos profissionais e instituições envolvidas” (Cabete, 1999, p.98).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, M.I.; Paúl, C. & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade – um desafio. *Referência*, 2(7), 43-53.
- Barbosa, P.; Carvalho, L. & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring About Symptoms in Person-Centred Care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563-567.
- Cabete, D. (1999). Cuidados continuados e continuidade dos cuidados. In Costa, M. A. et al. *O idoso - problemas e realidades* (pp. 93-113). Coimbra: Formasau.
- Figueiredo, M. F. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Galdeano, L. E.; Rossi, L. A & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Loureiro, M. H.V. S. (2008). Validação do Mini-Nutritional Assessment em Idosos. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar- Uma estrutura para a terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Mello, D.; Vieira, C.; Simpionato, E.; Alves, Z. & Nascimento, L. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 79-89.
- Nestlé Nutrition Institute. (2017). Mini nutritional assessment. Disponível em: <http://www.mna-elderly.com/>

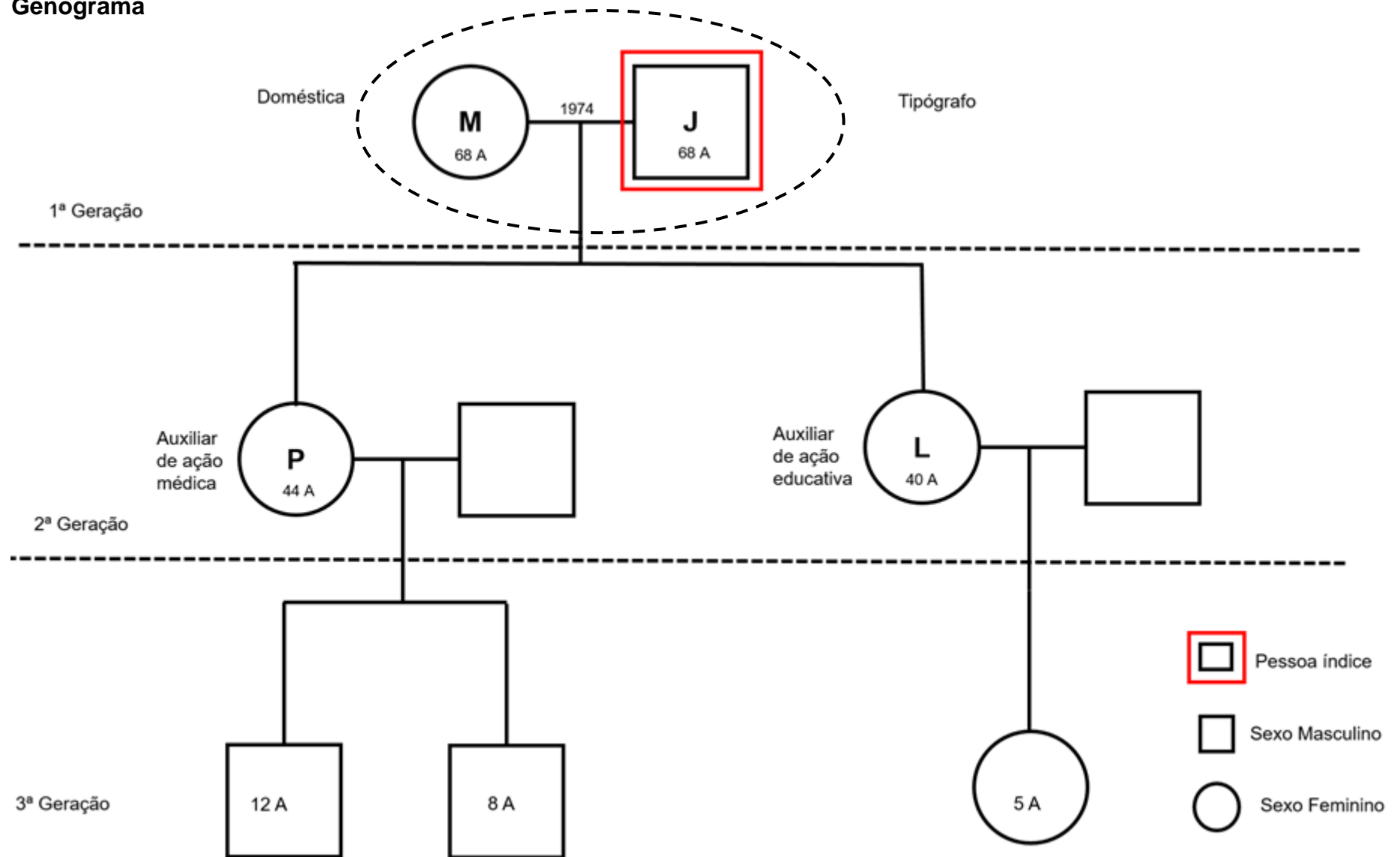
- Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: International Council of Nurses, ICN.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (3ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Pereira, I. C. B. F. (2013). *Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Peyen, J. F.; Bru, O.; Bosson, J.L.; Lagrasta, A.; Novel E.; Deschaux, L.; Lavagne, P.; Jacquot, C. (2001). Assessing Pain in Critically ill Sedated Patients by Using a Behavioral Pain Scale. *Crit. Care. Med*, 29(12), 2258-2263.
- Ribeiro, S., Furtado, C. & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32(11), 847-54.
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 0(6), 12-19. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- Sands, J. K. & Maxwell-Thompson, C. L. (2003) Intervenções junto de pessoas com problemas vasculares, degenerativos e auto-imunes, do cérebro. In Phipps, W.; Sands, J. e Marek, J. *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (pp. 1975-2022). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Sousa, F.; Figueiredo, M. & Erdman, A. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63.
- Sousa-Uva, M. & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Observações - Boletim Epidemiológico*. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf
- Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008) A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843–860.
- Taylor, S. G. (2002). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In: Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª edição. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2016). *Cardiovascular Disease*. Acedido em 2017/06/08. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/
- World Health Organization. (2017). *Cardiovascular Disease – Strategic Priorities*. Acedido em 2017/06/08. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª ed). São Paulo: Medsi.

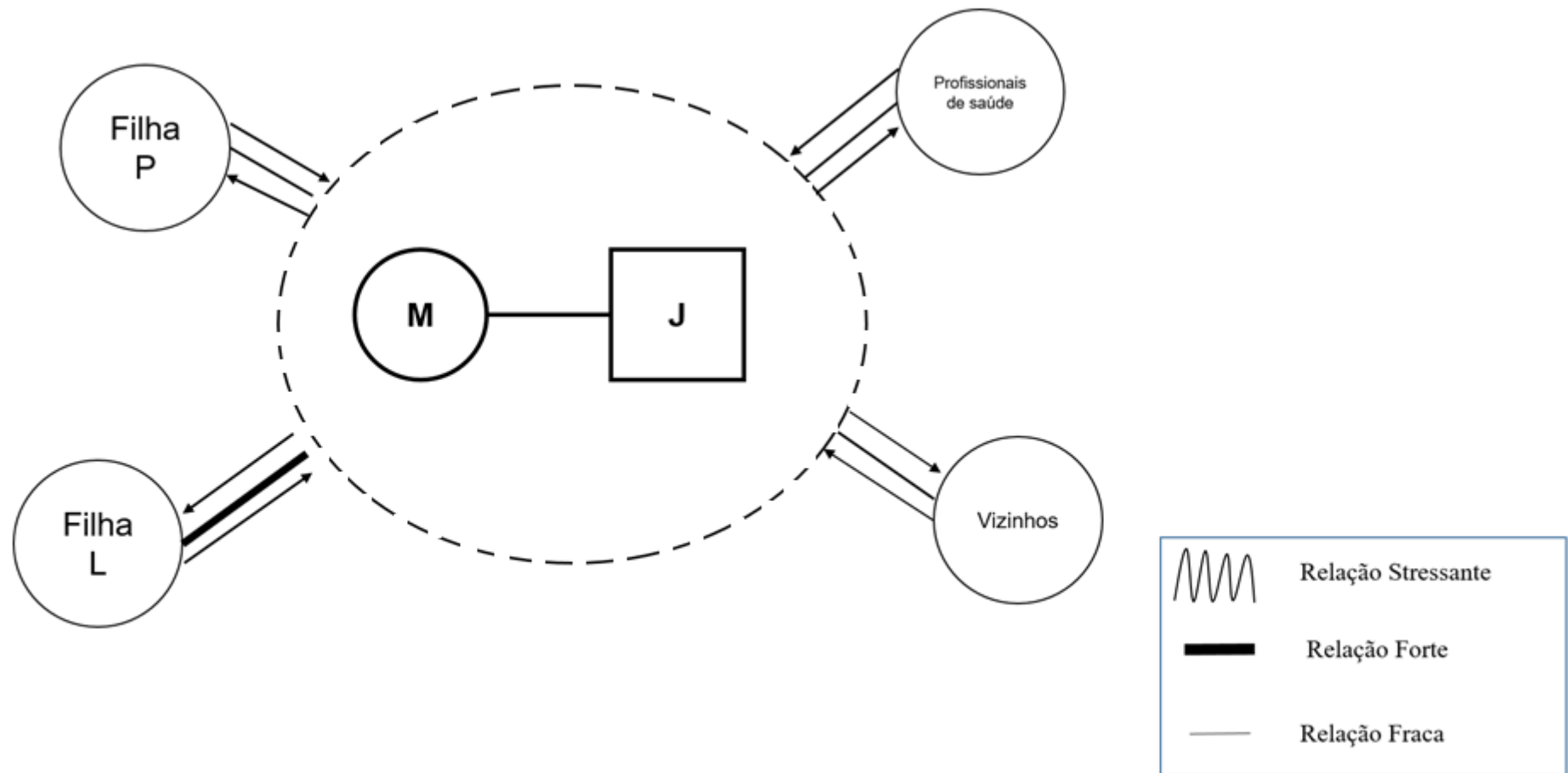
APÊNDICE I

Genograma e Ecomapa

Genograma



Ecomapa



ANEXO I

Escala de Barthel Modificada na Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária

Admissão

Escala Modificada de Barthel	
Nº Internamento	<input type="text"/>
Data / Hora	<input type="text"/>
Higiene Pessoal	Incapaz de realizar a tarefa
Banho	Incapaz de realizar a tarefa
Alimentação	Incapaz de realizar a tarefa
Toalete	Incapaz de realizar a tarefa
Subir Escadas	Incapaz de realizar a tarefa
Vestuário	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Bexiga	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Intestino	Incapaz de realizar a tarefa
Deambulação (1)	Incapaz de realizar a tarefa
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	Incapaz de realizar a tarefa

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro **0: Dependência Total**

Ok Cancelar

Alta

S Escala Modificada de Barthel	
Nº Internamento	Data / Hora
Higiene Pessoal	Incapaz de realizar a tarefa
Banho	Incapaz de realizar a tarefa
Alimentação	Incapaz de realizar a tarefa
Toalete	Incapaz de realizar a tarefa
Subir Escadas	Requer ajuda substancial
Vestuário	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Bexiga	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Intestino	Incapaz de realizar a tarefa
Deambulação (1)	Requer ajuda substancial
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	Requer ajuda substancial

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo 8: Dependência Total

Ok Cancelar

ANEXO II

Índice de Lowton-Brody na Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária

ÍNDICE DE LAWTON-BRODY

(versão apresentada por Sequeira (2007))

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

8 pontos – Independente

9-20 pontos – Moderadamente Dependente

» 20 pontos - Severamente Dependente

TOTAL: 30, Severamente Dependente

ANEXO III

Mini Nutritional Assessment

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingesta 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta	2
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	3
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	1
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	0
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	0
F2 Circunferência da Perna (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 0 9	
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	1
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	0
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	1
Referências 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:456-465. 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Gerontol</i> . 2001; 56A: M366-377 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M Para maiores informações: www.mna-elderly.com	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	2
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	1
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	1
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	1
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	2
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	1
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	0
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	1
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	1
Avaliação global (máximo 16 pontos) 12.5	
Pontuação da triagem 09	
Pontuação total (máximo 30 pontos) 21.5	
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos <input checked="" type="checkbox"/> sob risco de desnutrição menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido	


Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf


Resultado Total: 21,5 pontos, sob risco de desnutrição

ANEXO IV

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN

 Escada de risco para úlceras de pressão



ESCALA DE DETERMINAÇÃO DO RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO

Fricção e forças de deslizamento
2 Problema potencial

Atividade
2 sentado

Humidade
2 Pele muito húmida

Perceção sensorial
3 Ligeiramente limitada

Mobilidade
3 Ligeiramente limitada

Nutrição
3 Adequada

Registo

Data

Hora

Escala de Risco de Braden
< = 16 Alto risco
> = 17 Baixo risco

Resultado
15

Ok

ANEXO V

Escala de Morse

ESCALA DE MORSE

Escala de risco para quedas -

Sair

Salvar

Escala de determinação do risco de quedas

Antecedentes de queda

Sim

Diagnóstico secundário

Sim

Apoio para deambulação

Nenhum/Apoiado/Acamado

Medicação e/ou Heparina Intravenosa

Não

Marcha

Déficit de marcha

Estado mental

Não consciente das suas limitações

Registo

Risco de quedas escala de morse

0 - 24 Baixo risco

25 - 50 Médio risco

> 50 Alto risco

75

Alto risco

ANEXO VI

Escala Comportamental da Dor (BPS – Behavior Pain Scale)

Expressão Facial	Relaxada	1
	Ligeiramente Contraída	2
	Contração Franca	3
	Fácies de Dor	4
Membros Superiores/Inferiores	Sem Movimento	1
	Parcialmente fletidos e tensos	2
	Rígidos com os dedos fechados	3
	Totalmente Contraídos	4

Adaptado de: Peyen, J. F.; Bru, O.; Bosson, J.L.; Lagrasta, A.; Novel E.; Deschaux, L.; Lavagne, P.; Jacquot, C. (2001). Assessing Pain in Critically ill Sedated Patients by Using a Behavioral Pain Scale. *Crit. Care. Med*, 29(12), 2258-2263.

Se dor > 4 apesar da analgesia instituída, deve ser realizado ajuste aumentando os analgésicos

Dor > 3 implica administração de analgesia

TOTAL: 2 sem dor

**Apêndice XIII – Gráficos com a Caracterização da População Idosa
do Serviço de Medicina**

Gráfico 1. Caracterização da População no Serviço de Medicina Homens por Grupo Etário

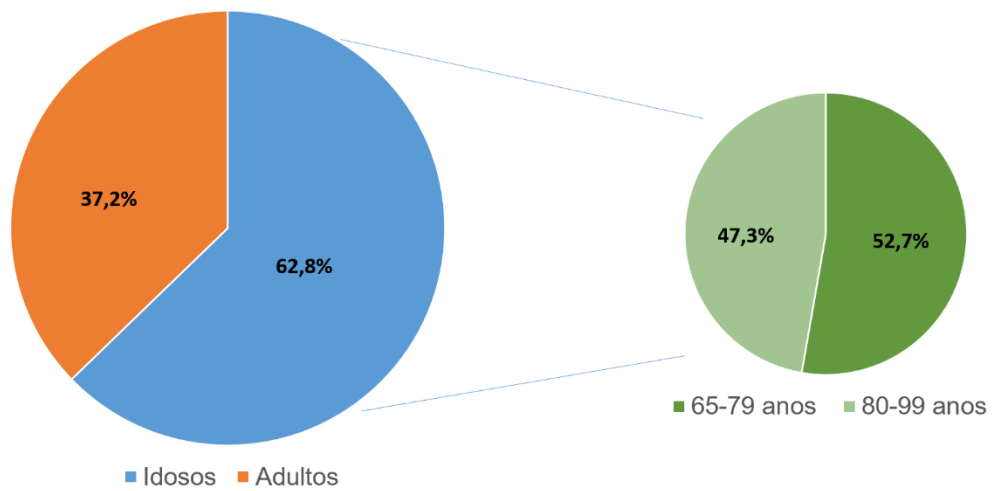


Gráfico 2. Pessoas Idosas com AVC no Serviço de Medicina Homens

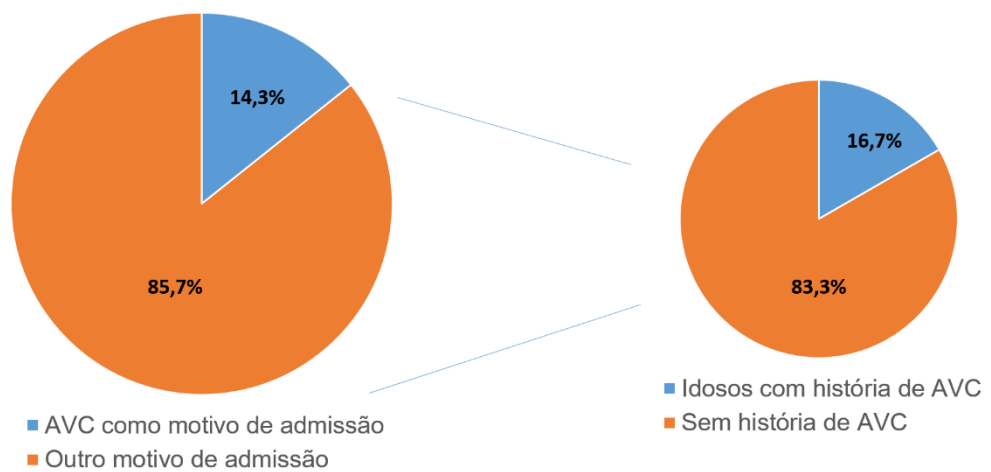
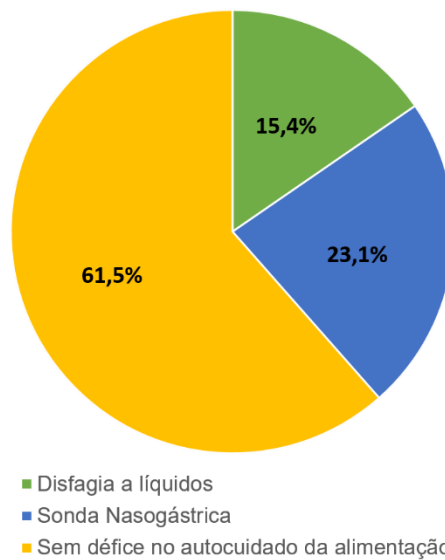


Gráfico 3. Pessoa Idosa com AVC e sua Relação com o Autocuidado da Alimentação



**Apêndice XIV – Notas de Campo: Contexto Hospitalar, Serviço de
Medicina**

Notas de Campo Serviço de Medicina

J0689 - Um dos doentes com história de AVC há 2A, com várias comorbilidades, internado por descompensação de ICC por incumprimento da terapêutica. Manifesta que desde o AVC se engasga às vezes mas desvaloriza a situação. Por diversas vezes é encontrado a iniciar a refeição deitado, sendo incentivado a sentar-se que cumpre mas só quando incentivado. Reconhece os ensinamentos realizados na época (comer sentado e queixo junto do peito) mas nem sempre cumpre. Várias vezes tosse durante a refeição.

Certo dia ao pequeno-almoço apresentou episódio de tosse irritativa persistente, identificou o pão integral como sendo a causa “os pedacinhos ficam presos na garganta e dá-me tosse” (sic). Foi contactada a dietista, exposta a situação. Ficou com papa ao pequeno-almoço.

Quando questionado sobre o AVC refere “antes do AVC comia e bebia tudo... depois do AVC tem sido um problema” associando à múltiplas comorbilidades que resultaram na amputação do MID. Refere que quando teve o AVC esteve muito mal “pensei que morria... perdi quase 30kg” (sic) mas que atualmente já se encontra com o peso habitual. Desde há 3 anos que sofre com perda de peças dentárias. Não tem tido preocupação com a higiene oral.

Outro aspeto que sobressai da observação sistemática das refeições é o sabor. A ausência de sal é algo que muitas vezes perturba os doentes e compromete a sua satisfação na refeição. Um dos doentes referia em relação à sopa “não tem sabor nenhum... (faz uma careta) tenho de a beber assim... rápido... de uma vez... para não lhe tomar o sabor... não tem ponta de sal...” (sic).

S2889 - Doente de 90 anos vive sozinho, viúvo há 20 anos. Recusa ir viver com as filhas. À minha observação é um “velhote muito castiço” bem disposto que se intitula como “puto de 18 anos”(sic). Aparenta a idade que tem exceto no estado de espírito e boa disposição. Apresenta perda de peças dentárias (bastantes).

Questionado sobre os hábitos alimentares uma vez que não utiliza prótese dentária: “como de tudo desde que seja mole, bem cozido. Em casa sou eu que tomo conta disso... faço carne picada, cozo peixe, faço sopa... como 2 bananas por dia”. Nega

perda de peso nos últimos meses e que o internamento não o irá afetar. “aqui só quando a carne vem rija é que não como”(sic).

J1875 - No dia 28/11 verificou-se que a carne que vinha era muito dura (nem os auxiliares conseguiam cortar com a faca!) deixando o doente um pouco aborrecido (“isto não se serve a ninguém! é preciso saber apresentar a comida e bem temperada” (sic). O doente apresentava dieta hipoglucídica pelo eu foi encaminhada informação à dietista para otimizar a dieta para hipoglucídica mole... (que foi feito com agrado do doente). Salienta-se que este doente comeu a totalidade da refeição deixando a carne de parte.

A1286 - Questionado sobre os seus hábitos alimentares e se tem notado diminuição do apetite nos meses anteriores ao internamento.

“sim de há uns tempos para cá noto que não tenho apetite... como... mas sem vontade nenhuma” mas nega perda de peso, referindo que se pesa quase todos os dias (75Kg).

Refere alteração do paladar ao longo dos anos “é a velhice!” (ri-se).

Perguntei-lhe durante o internamento como é que tem sido a alimentação: “aqui como porque também se não comer não fico melhor” (ri-se) “aqui a comida não é saborosa”. Informei a enfermeira que estava responsável pelo doente sobre a alteração do apetite anterior ao internamento. Refere que pode estar associada à patologia em estudo que motivou o internamento, referindo que há história de náuseas. Da minha observação negou. Estava a comer 1 iogurte, aparentemente com gosto. Fui validar se a informação recolhida constava na avaliação inicial, não constava. Só havia referência a náuseas.

M1809 - A equipa mostra preocupação perante o facto do doente de 87 anos (diabético) em todas as refeições recusar o prato (normalmente come apenas a sopa mas não a totalidade e o puré de fruta). A meio da manhã normalmente todos os doentes comem iogurte. O doente recusa referindo “nunca na vida comi disso, não é agora que vou comer” (sic). A dietista foi informada da situação, não falou com o doente por estar ausente para realização de exames. Ficámos (enfermeiros) que conversar melhor com o doente sobre a sua dieta.

Fui falar com o doente que referiu que sempre comeu pouco. “Chega-me a tigelinha de sopa e a fruta passada”. Questionei-o sobre a carne e o peixe mas desvaloriza. Sugeri vir dieta pastosa (sopa passada com carne ou peixe) aceita, mas diz que quer menos quantidade. Negoceio com ele que por agora vira dieta pastosa para ver se ele gosta e a quantidade vamos gerindo. (As doses são standardizadas poderemos ter de arranjar alternativas”. À observação da cavidade oral apenas apresenta 1 dente. Questionei-o sobre a utilização de prótese dentária “tiro-a para comer... não consigo comer com ela... prefiro assim” este facto foi corroborado pela filha que estava presente. “ele em casa às vezes nem a sopa come... só aqui.... Ele come muito pouco...”(sic).

F290 - Admitido por edema agudo do pulmão. Na passagem de turno falou-se que o doente tem história de disfagia com vários episódios de engasgo com vinda ao SU (facto mencionado nos registos deste internamento). Doente emagrecido, vive sozinho, tem apoio domiciliário inclui refeições. De acordo com o que me disse, alimenta-se de dieta pastosa. Não tem nenhuma peça dentária, tem prótese dentária superior (que coloquei a seu pedido, verifica-se que não está adaptada, está muito larga, cai com muita facilidade mas o doente insiste em manter). Não tem prótese dentária inferior referindo desconforto com ela. Quando questionado se a dieta pastosa é do seu agrado refere “que remédio... tem de ser...”. Questionei-o sobre se se engasga com frequência “às vezes... já há muito tempo.... Estou farto de me queixar mas ninguém me liga.... É do catarro...” (sic), e digo que são coisas diferentes, tossir porque tem vontade ou engasgar-se quando come e por isso tossir. Ele disse “... associo uma coisa à outra...”(sic). Alimentou-se por mão própria de dieta pastosa, na minha presença (PA e Almoço) sem disfagia ou engasgo. Realizado anteriormente teste de disfagia a líquidos, não se tendo verificado alterações significativas. SpO2 sempre muito oscilante mesmo sem deglutição (má perfusão?). O ideal seria realizar um estudo de deglutição (falei com os colegas sobre isso mas sem sucesso). Procurei no processo clínico se havia algum exame mais dirigido às questões da deglutição mas aparentemente não tem. Realizado ensino sobre a importância de se concentrar na deglutição, quando está a comer e a manobra queixo-peito, evitando hiperextensão da cabeça. Durante a minha observação da refeição o doente recorreu a esta estratégia. Salienta-se que tem reforço proteico com suplementos que o doente ingere com agrado.

No processo clínico verifica-se na avaliação inicial registo de existirem episódios de engasgamento. Nas notas gerais salientam o facto de se ter alimentado com reflexo de deglutição mantido.

J579 - Doente institucionalizado em LAR. Admitido por ITU em contexto de algaliação crónica. Na passagem de turno chamam à atenção que o doente refere engasgar-se só com arroz. Fui ao encontro do doente que refere “já há muitos anos que não posso comer arroz... engasgo-me sempre com arroz e lá (no LAR) não me dão outra coisa a não ser arroz!” (família está à procura de outro LAR). Foi questionado se alguma vez necessitou de ir ao hospital devido ao engasgo, negou. Foi enviada mensagem à dietista para não ser enviado arroz na alimentação. Durante o fim-de-semana, tentou-se articular com a copeira para que não fosse servido arroz. No processo clínico na avaliação inicial referem não haver disfagia! Deveriam ter afirmado e colocado nas restrições alimentares, arroz.

Doente internado, suspeita de disfagia aquando da toma de terapêutica per os. Ao presenciar a ingestão de um comprimido verificou-se engasgo apenas quando engole o comprimido. Só antes da alta é que se obteve a informação junto da esposa informou que já em casa era necessário esmagar os comprimidos. Esta informação deveria constar na avaliação inicial, de modo a dar continuidade aos cuidados e evitar situações de risco.

A4880 - AVC hemorrágico intraparenquimatoso agudo tálamo capsular esq e suspeita de pneumonia de aspiração.

Tem avaliação de risco nutricional realizado pela dietista (perímetro de perna 24,5cm). Tem mau prognóstico. Veio entubado com SNG 18 do SU para proteção da via aérea devido a alteração do estado de consciência (muito sonolento, pouco reativo).

Na avaliação inicial há uma incongruência: referem *afásico, sonolento, não é possível despistar alteração na deglutição* mas no item disfagia escreveram *disfagia a sólidos e a líquidos*. Foi falado pessoalmente com a colega dando os parabéns pois nos registos salientaram que não foi testada deglutição por alteração do estado de consciência, mas se não foi testado basta isso está justificado, não podem por que tem disfagia a sólidos e líquidos.

J1150 – Doente internado por crises convulsivas/tremores e alteração do estado de consciência após AVC recente. Apresentava SNG. Na passagem de turno a colega informa-me que já tinham tentado testar o reflexo de deglutição mas sem sucesso (acumulava comida na boca). Esta intervenção, não ficou registada no processo do doente.

F6093- Quando pesado, verifica-se 55Kg. “eh! Estou magro!...” perguntei-lhe quanto achava que pesava: “uns 60Kg! (...) já pesei 70....”.

F6803 – quando inicio o questionário do MNA interpela repentinamente: “estou farto de papas! Tenho tantas saudades de comer peixe!” verifico que não apresenta peças dentárias e questiono-o se utilizava prótese: “sim está aí guardada” (aponta para a mesa de cabeceira”. Coloco-a e comunico à dietista o que o doente verbalizou e a existência de prótese dentária. É otimizada dieta com grande agrado por parte do doente.

J2082- Doente com antecedentes de AVC isquémico com hemiplegia direita e afasia, com história de disfagia a líquidos, totalmente dependente nas AVBD's (Barthel 0), reside com a esposa que é a principal cuidadora, acamado com apoio domiciliário 3x/dia. Por carência de espessante no hospital, a esposa, a pedido da equipa adquiriu espessante que ficou na mesa-de-cabeceira da unidade do doente. Transmitido na passagem de turno que já tinham sido realizados ensinamentos à esposa sobre a preparação do espessante. Neste sentido, aquando da hora da visita, que coincidiu com a hora de almoço, aproximei-me junto do doente e da esposa a quem perguntei se antes já tinha utilizado o espessante. Respondeu-me que não mas que no dia anterior a enfermeira já lhe tinha explicado como se fazia. Pedi-lhe que me mostrasse como preparava o espessante. Salienta-se que dentro do frasco do espessante estava um copo pequenino, colocado pela enfermeira para servir como medida, quando no rótulo da embalagem consta a medida em colheres de sopa. Anteriormente medi 100 ml num copo de água e pedi à senhora para colocar o espessante para a consistência néctar (que era a tolerada pelo doente). (Nervosa) À medida que ia colocando o espessante “a olho” a senhora dizia: “agarro assim neste copinho e vou pondo até ver...”(sic). E acrescentava: “qual é a medida mesmo que eu tenho de pôr? Isso é que eu não sei...” (sic). Então expliquei-lhe (depois de validar que sabia ler) que para a

consistência néctar só precisa 1 colher de sopa, se fosse preciso mais espesso acrescentar mais meia colher de sopa e para ficar semelhante a um pudim 2 colheres de sopa. Repetiu o que eu lhe tinha acabado de transmitir validando a informação visivelmente mais calma. Salienta-se que a enfermeira que tinha realizados os ensinamentos anteriormente ainda não tinha assistido à sessão de formação.

P2562 - Um dos doentes veio ter com a enfermeira ao corredor para dar autorização para colocar um pouco de sal na sopa “a senhora da copa ia-me batendo... que é você (enf^a) que tem de dar autorização.... Por isso vim ter consigo” (ri-se). A enfermeira foi buscar o sal e entregou-lhe.

Enf^a: “os doentes queixam-se muito da falta de sal... mesmo a dieta sem restrição de sal não tem quase nada... não sabe a nada... e eles (doentes) queixam-se... é horrível... por isso normalmente deixamos acrescentar sal”(sic)

J0564 – Doente acamado há 2 semanas (antes da admissão hospitalar) não se sabe a causa. Tem várias feridas e UPP's. De acordo com o MNA, encontra-se desnutrido, já com suplemento proteico instituído. Em diálogo com a dietista esta questiona se o doente consegue comer a dieta mole prescrita, fiquei de verificar à hora de almoço. Foi muito difícil uma vez que me desloquei junto do doente algumas vezes para observar a refeição mas tal nunca era possível pois a equipa médica encontrava-se a realizar procedimentos. Este aspeto atrasou a refeição do doente tendo sido alimentado bem mais tarde que o habitual, verificando-se então a tolerância à dieta.

A0654- Aquando da avaliação com o MNA, doente apresenta-se muito emagrecido, refere: “perdi a minha esposa há mais ou menos 3 meses.... O meu médico diz que perdi 10 kg... logo depois dela ter morrido, houve alturas em que não comia... mas agora já estou melhor...”(sic)

D2062 - Doente oncológico com metastização óssea e história de disfagia. Muito emagrecido (a agravar durante o internamento). Já com suplementos proteicos instituídos. Refere estar “farto de batidos” que são fornecidos ao pequeno-almoço e lanche. Comunico à dietista que refere que a alternativa são papas que o doente já recusara anteriormente (razão pela qual eram fornecidos batidos). Sugiro que converse melhor com o doente. Posteriormente, a dietista comunica-me a mim e à equipa que acordou com o doente fornecer sopas de leite. Perante isto saliento que o

doente apresenta episódios de disfagia, sempre que deglute pigarreia referindo que sente vontade de limpar a garganta após cada deglutição e que as sopas de leite estão contraindicadas nestas circunstâncias. Não havendo alternativas passaram a ser fornecidas papas que o doente não come, a equipa por vezes fornece o suplemento proteico que é mais do agrado do doente. Deviam de haver mais alternativas nem que fossem devidamente justificadas.

Na observação da dinâmica de trabalho da equipa e através do diálogo com alguns colegas, verifico uma grande lacuna na preparação de água com espessante sendo realizado sem cumprir as instruções da embalagem.

J7240 – Doente com menos de 24h de AVC isquémico. Apresenta disfagia a líquidos, tolera consistência néctar. Verificando que existe pouco espessante no serviço, é pedido à farmácia e à dietista que referem que o mesmo se encontra esgotado!. Como dar água ao doente?! Gelatina está fora de questão, apresenta lentificação na mastigação e torna-se perigoso.

E8965 – verifica-se que algumas medidas tomadas nos idosos desnutridos são implementadas em adultos com sinais de desnutrição (emagrecidos, baixo peso, com limitações na alimentação). Na minha opinião demonstra a importância que a minha intervenção tem tido na equipa despertando o interesse para a temática e demonstrando que a equipa está mais desperta para sinais de alerta e a importância de vigilância destes doentes.

Após a avaliação da deglutição num doente idoso com diagnóstico de AVC isquémico, verifica-se disfagia a líquidos, tolera consistência néctar. Enviada mensagem à dietista¹ referindo: “o doente apresenta disfagia a líquidos, tolera consistência néctar”. Posteriormente, num outro dia verificou-se que na dieta do doente vinha um néctar de fruta ao almoço e ao jantar. Conversei com a dietista uma vez que hoje em dia os néctares de frutos apresentam diferentes consistências (no caso de serem mais ou menos polposos) dando a entender que a referência na minha mensagem à

¹ Existe um programa informático referente ao serviço de dietética onde consta a listagem de doentes internados e a dieta de cada um. Selecionando o doente é possível enviar uma mensagem à dietista.

consistência néctar dizia respeito à utilização do espessante. Não consegui perceber se tinha sido propositado ou uma falha de comunicação.

**Apêndice XV – Análise de Conteúdo das Notas de Campo
realizadas no Serviço de Medicina**

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro	Frequência
Pessoas Idosas com alteração da deglutição/mastigação	Disfagia	<ul style="list-style-type: none"> - “desde o AVC engasga-se às vezes mas desvaloriza a situação” - “tosse durante a refeição” - “os pedacinhos ficam presos na garganta e dá-me tosse” (sic) - “já há muitos anos que não posso comer arroz... engasgo-me sempre com arroz” (sic) - Questionei-o sobre se se engasga com frequência “às vezes... já há muito tempo.... Estou farto de me queixar mas ninguém me liga.... É do catarro...” (sic) - Apresenta disfagia a líquidos, tolera consistência néctar - Sempre que deglute pigarreia referindo que sente vontade de limpar a garganta após cada deglutição 	8
	Falta de peças dentárias/higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> - Desde há 3 anos que sofre com perda de peças dentárias - Não tem tido preocupação com a higiene oral - Apresenta perda de peças dentárias (bastantes) - À observação da cavidade oral apenas apresenta 1 dente. Questionei-o sobre a utilização de prótese dentária “tiro-a para comer... não consigo comer com ela... prefiro assim” (sic) 	6

Pessoas Idosas com alteração da deglutição/mastigação	Falta de peças dentárias/higiene oral	- Não tem nenhuma peça dentária, tem prótese dentária superior (que coloquei a seu pedido, verifica-se que não está adaptada, está muito larga, cai com muita facilidade mas o doente insiste em manter). Não tem prótese dentária inferior referindo desconforto com ela	
	Alteração dos hábitos alimentares	- “Antes do AVC comia e bebia tudo... depois do AVC tem sido um problema” (sic) - Quando questionado se a dieta pastosa é do seu agrado refere “que remédio... tem de ser...” (sic) - “Como de tudo desde que seja mole e bem cozido” (sic) - “Estou farto de papas!” (sic) - Refere estar “farto de batidos” que são fornecidos ao pequeno-almoço e lanche - “Nunca na vida comi disso, não é agora que vou comer” (sic)	6
	Qualidade da comida	- Um dos doentes referia em relação à sopa “não tem sabor nenhum... (faz uma careta) tenho de a beber assim... rápido... de uma vez... para não lhe tomar o sabor... não tem ponta de sal...” (sic) - “Aqui só quando a carne vem rija é que não como”(sic) - Verificou-se que a carne que vinha era muito dura, nem os auxiliares conseguiam cortar com a faca	5

Pessoas Idosas com alteração da deglutição/mastigação	Qualidade da comida	<ul style="list-style-type: none"> - “Isto não se serve a ninguém! É preciso saber apresentar a comida e bem temperada” (sic) - “Aqui a comida não é saborosa” (sic) - Um dos doentes veio ter com a enfermeira ao corredor para dar autorização para colocar um pouco de sal na sopa (...) a enfermeira refere: “os doentes queixam-se muito da falta de sal... mesmo a dieta sem restrição de sal não tem quase nada... não sabe a nada... e eles (doentes) queixam-se... é horrível... por isso normalmente deixamos acrescentar sal”(sic) 	
	Diminuição do apetite	<ul style="list-style-type: none"> - “sim de há uns tempos para cá noto que não tenho apetite... como... mas sem vontade nenhuma” (sic) - (ri-se) “aqui como porque também se não comer não fico melhor” (sic) - Em todas as refeições recusa o prato (normalmente come apenas a sopa mas não a totalidade e o puré de fruta - “Chega-me a tigelinha de sopa e a fruta passada” 	4
	Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> - O meu médico diz que perdi 10 kg... logo depois dela ter morrido, houve alturas em que não comia... mas agora já estou melhor...”(sic) - Quando pesado, verifica-se 55Kg. “eh! Estou magro!...” perguntei-lhe quanto 	3

Pessoas Idosas com alteração da deglutição/mastigação	Perda de peso	<p>achava que pesava: “uns 60Kg! (...) já pesei 70....” (sic)</p> <p>- Refere que quando teve o AVC esteve muito mal “pensei que morria... perdi quase 30kg” (sic) mas que atualmente já se encontra com o peso habitual</p>	
	Alteração do paladar	- Refere alteração do paladar ao longo dos anos “é a velhice!” (ri-se)	1
Prestação de Cuidados	Articulação com a equipa multidisciplinar	<p>- Foi enviada mensagem à dietista para não ser enviado arroz na alimentação</p> <p>- Durante o fim-de-semana, tentou-se articular com a copeira para que não fosse servido arroz</p> <p>- Comunico à dietista o que o doente verbalizou e a existência de prótese dentária</p> <p>- Em diálogo com a dietista esta questiona se o doente consegue comer a dieta mole prescrita</p> <p>- Sugiro (à dietista) que converse melhor com o doente</p> <p>- A dietista comunica-me a mim e à equipa que acordou com o doente fornecer sopas de leite</p> <p>- A equipa por vezes fornece o suplemento proteico que é mais do agrado do doente</p> <p>- É pedido à farmácia e à dietista (espessante)</p> <p>- O ideal seria realizar um estudo de deglutição (falei com</p>	11

Prestação de Cuidados		os colegas sobre isso mas sem sucesso)	
	Registos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Fui validar se a informação recolhida constava na avaliação inicial, não constava - O doente tem história de disfagia com vários episódios de engasgo com vinda ao SU (facto mencionado nos registos deste internamento) - Procurei no processo clinico se havia algum exame mais dirigido às questões da deglutição mas aparentemente não tem - No processo clinico verifica-se na avaliação inicial registo de existirem episódios de engasgamento. Nas notas gerais salientam o facto de se ter alimentado com reflexo de deglutição mantido - No processo clinico na avaliação inicial referem não haver disfagia! Deveriam ter afirmado e colocado nas restrições alimentares, arroz - Só antes da alta é que se obteve a informação junto da esposa informou que já em casa era necessário esmagar os comprimidos. Esta informação deveria constar na avaliação inicial, de modo a dar continuidade aos cuidados e evitar situações de risco - Nos registos salientaram que não foi testada deglutição por alteração do estado de consciência - Na passagem de turno a colega informa- 	8

Prestação de Cuidados	Registos de enfermagem	me que já tinham tentado testar o reflexo de deglutição mas sem sucesso (acumulava comida na boca). Esta intervenção, não ficou registada no processo do doente	
	Falta de recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Não havendo alternativas passaram a ser fornecidas papas que o doente não come - Deviam de haver mais alternativas nem que fossem devidamente justificadas - Referem que o espessante se encontra esgotado... como dar água ao doente?! Gelatina está fora de questão, apresenta lentificação na mastigação e torna-se perigoso 	3
	Falta de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - A dietista acordou com o doente fornecer sopas de leite. Perante isto saliento que o doente apresenta episódios de disfagia (...) e que as sopas de leite estão contraindicadas nestas circunstâncias - Na observação da dinâmica de trabalho da equipa e através do diálogo com alguns colegas, verifico uma grande lacuna na preparação de água com espessante sendo realizado sem cumprir as instruções da embalagem - Enviada mensagem à dietista: "o doente apresenta disfagia a líquidos, tolera consistência néctar". 	3

Prestação de Cuidados	Falta de conhecimento	Posteriormente, num outro dia verificou-se que na dieta do doente vinha um néctar de fruta ao almoço e ao jantar. Conversei com a dietista uma vez que hoje em dia os néctares de frutos apresentam diferentes consistências (no caso de serem mais ou menos polposos) dando a entender que a referência na minha mensagem à consistência néctar dizia respeito à utilização do espessante. Não consegui perceber se tinha sido propositado ou uma falha de comunicação	
	Melhoria das práticas	- Verifica-se que algumas medidas tomadas nos idosos desnutridos são implementadas em adultos com sinais de desnutrição (emagrecidos, baixo peso, com limitações na alimentação)	1

**Apêndice XVI – Caracterização da Pessoas Idosas Internadas no
Serviço de Medicina com Diagnóstico/Antecedentes de AVC**

IDADE	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES DE AVC
71	AVC	AVC Isquêmico + AIT
67	DPOC Agudizada + infecção respiratória	AVC Lenticular direito há 14 anos sem sequelas
88	IRA + AVC? Em estudo	X
78	Possível AVC isquêmico território carotídeo esq	X
65	AIT?	X
88	AVC hemorrágico esq	AVC isquêmico artéria cerebral média esq em 2006
90	Pneumonia nosocomial	AVC isquêmico em 2016
69	Icterícia obstrutiva, infecção? Colecistite?	AVC isquêmico em 2012 AIT em 2015
77	Pneumonia	AVC com disartria, necessário esmagar comprimidos
68	Síndrome febril a esclarecer	AVC Isquêmico em 2014, hemiparésia esq
68	Estado de mal focal com alteração do estado de consciência em contexto de AVC	AVC isquêmico 2017 (« 1 mês do atual internamento) Hemiparésia dta
89	Síndrome confusional a esclarecer; AVC lacunar?	3 AVC sem sequelas nos últimos 4 anos
72	Síndrome coronário agudo + anemia para estudo	AVC isquêmico sem sequelas
70	AVC isquêmico dto, disfagia a líquidos hemiparésia esq	X
73	Pneumonia nosocomial	Doença cérebro vascular com AIT há 3 anos
86	Pneumonia de aspiração	AVC isquêmico cerebeloso dto em 2015

IDADE	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES DE AVC
82	AVC em fase isodensa sem défices	X
88	Controlo sintomático, cuidados paliativos por neoplasia	AVC isquémico esq
90	Pneumonia adquirida na comunidade	AVC em 2015
75	AVC minor? Cervicalgia em estudo	X
91	Doença renal crónica agudizada por causa pré renal	AVC em 2009 com hemiparésia esq
80	Pneumonia adquirida na comunidade, AVC isquémico	X
70	Diabetes descompensada e insuficiência cardíaca congestiva descompensada	AVC isquémico em 2016
82	Desidratação com agravamento da função renal + recusa alimentar	AVC isquémico artéria cerebral média esq, hemiplegia dta, disfagia a líquidos
79	AVC hemorrágico com hemiparésia dta	X
85	AIT disartria no domicílio	AVC isquémico em 2016

**Apêndice XVII – Graus de Dependência das Pessoas Idosas na
Admissão e no Momento da Alta**

Identificação + data de admissão	Barthel Entrada	Alimentação	Barthel Saída	Alimentação	Carta de Alta
A274 – 18/12	X	X	22/12 X	X	X
J487 – 18/12	19/12 Dependência Total 15	Incapaz	12/01 (avaliado a 9/1) Dependência Severa 43	Mínima ajuda	x
F589 – 18/12	18/12 Dependência Total 11	Moderada	5/1 (avaliado a 1/1) Dependência Total 10	Substancial	Totalmente dependente nas AVD's, barthel 10 dependência total
F693 – 19/12	21/12 Dependência Moderada 57	Mínima	12/1 (avaliado a 11/1) Dependência Total 19	Substancial	x
C2077 - 19/12	19/12 Dependência moderada 72	Independente	22/12 Não reavaliado	x	X só necessita supervisão
M2169-20/12	21/12 Independente 100	Independente	27/12 não reavaliado	x	Barthel 100 Independente
J880-22/12	x	x	28/12X	x	x
C2075-22/12	X	X	4/1X	X	X
M269-24/12	24/12 Dependência moderada 53	Mínima	27/12 Dependência leve 92	Independente	Independente nas AVD's Barthel 92 Dependência leve (avaliado de propósito)
A1078 – 26/12	26/12 Dependência severa 44	Independente	10/1 não avaliado	?	x
A1195 – 27/12	28/12 Dependência total 0	Total	9/1 (avaliado 4/1) Dependência total 0	Total	x
F1383 – 27/12	28/12 Dependência Total 0	Total	3/1 não avaliado à saída e alta « 7 dias	?	x
C1477 – 28/12	28/12 Dependência severa 50	Moderada	9/1 (avaliado 4/1) Dependência moderada 74	Independente	X

Identificação + data de admissão	Barthel Entrada	Alimentação	Barthel Saída	Alimentação	Carta de Alta
A1681 – 27/12	28/12 Dependência leve 84	Mínima	4/1 (avaliado 4/1) Independente 100	Independente	X independente nas avd's
F2170 – 27/12	27/12 Dependência leve 77	Independente	4/1 Dependência leve 91	Independente	X independente nas avd's
J2465 – 28/12	28/12 Dependência leve 92	Independente	5/1 Independente 100	Independente	x
J880 – 29/12	30/12 Dependência total 13	Mínima	15/1 (avaliado a 13/01) Dependência Total 5	Substancial	x
M791 – 2/1	5/1 Dependência severa 42	Moderada	17/1 (avaliado 12/1) Dependência Total 16	Moderado	X alimenta-se bem às refeições com ajuda
D2265-2/1	11/1 Dependência moderada	Mínima	24/1 (av 18/1) não avaliado, sem justificação	x	Referencia a dependência severa 49, peso 45kg elevado risco de desnutrição
C2076 – 4/1	5/1 Dependência total 8	Substancial	17/1 Dependência total	Substancial	Barthel 8 Dependência total no início do internamento alta com 21 Dependência total com descrição das alterações foi avaliado de propósito.
A2169 – 4/1	6/1 (não avaliado) 12/1 Independente 100	Independente	x	x	x
J577-5/1	x	x	11/1	x	Barthel 2 dependência total (não encontrado registo)
L1285-6/1	7/1 Dependência leve 95	Independente	12/1 sem nova avaliação	x	x
A1966-6/1	x	x	10/1 x	x	x

Identificação + data de admissão	Barthel Entrada	Alimentação	Barthel Saída	Alimentação	Carta de Alta
J193-8/1	9/1 Dependência total 2	Substancial	15/1 sem nova avaliação	x	X
A1169-9/1	10/1 Dependência leve 80	Mínima	12/1 sem nova avaliação	x	x
V1472- 9/1	10/1 Dependência leve 86	Independente	16/1 Não voltou a ser avaliado	?	X independente nos autocuidados
O1066 – 10/1	11/1 Independente 100	Independente	16/1 Não voltou a ser avaliado	?	x
E572-11/1	14/1 Dependência moderada 52	Independente	17/1x	x	x
R1185 – 12/1	14/1 Dependência total 18	Substancial	16/1 Não voltou a ser avaliado	?	X Dependente em grau elevado em todos os autocuidados
R887 – 15/1	18/1 Dependência moderada 52	Moderada	19/1 Não voltou a ser avaliado	?	Semi dependente nas AVD's não refere o barthel
A1675-15/1	16/1 Dependência total 0	Incapaz de realizar a tarefa	26/1 (avaliado a 23/1) Dependência moderada 55	Moderada	Necessita de supervisão e orientação constante na realização das AVD's. Sem barthel.
A1190-16/1	22/1 Dependência total 0	Incapaz de realizar a tarefa	22/1 só foi avaliado no dia da alta		Totalmente dependente segundo escala de barthel
L1466-16/1	17/1 Dependência leve 88	Independente	30/1 (av 24/1) dependência leve 77	Mínima	Descriminação dos autocuidados sem barthel

Identificação + data de admissão	Barthel Entrada	Alimentação	Barthel Saída	Alimentação	Carta de Alta
F2183-17/1	17/1 Dependência moderada 75	Mínima	29/1 (av 24/1) independente 100	Independente	Referência apenas ao barthel de entrada mas que é independente na maioria das AVD's?!
J481-18/1	19/1 Dependência leve 90	Totalmente independente	22/1 Dependência leve 91	Independente	Barthel à saída
J668-18/1	x	x	x	x	Autocuidados descriminados
M490-22/1	23/1 Dependência total 0	SNG incapaz de realizar a tarefa	Sem nova avaliação	x	Barthel dependência total nas AVD's
M1073-22/1	23/1 Dependência leve 92	Independente	25/1 Dependência leve 92 (avaliado de propósito)	Independente	Barthel 92
A186-26/1	27/1 Dependência leve 98	Independente	1/2 sem nova avaliação	x	x

Período de internamento de 18/12 a 26/1.

Auditoria Avaliação Inicial 28/11/2017

Id	Peso	Altura	Prótese Dentária	Nº Ref.	Disfagia	Apetite	Paladar
A	✓	✓	X	X	✓	X	X
B	✓	✓	X	X	X	X	X
C	✓	✓	X	X	✓	X	✓
D	✓	✓	X	X	X	X	X
E	✓	✓	X	✓	X	X	X
F	✓	✓	X	X	X	X	X
G	✓	✓	X	X	X	X	X
H	✓	✓	X	X	X	X	X
I	✓	✓	X	X	✓	✓	X
J	✓	✓	X	X	X	X	X
K	✓	✓	X	X	X	X	X
L	✓	✓	X	X	X	X	X
M	✓	✓	X	X	X	✓	✓
TOTAL	13	13	0	1	3	2	2

✓ Registrado

X Não Registrado

**Apêndice XIX – Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço
de Medicina**

Questionário: Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

O presente questionário surge no âmbito do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, subordinado ao projeto de estágio intitulado “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”. Visa a identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente à temática do défice de autocuidado na alimentação da pessoa idosa com AVC em contexto hospitalar.

O preenchimento deste questionário é anónimo e o seu preenchimento demora apenas alguns minutos.

Caracterização:

Idade: _____

Habilitações Académicas e Profissionais:

Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Anos de experiência profissional: _____ Categoria: _____

1. De um modo geral, tendo em conta a sua experiência profissional, quais as maiores dificuldades na alimentação da pessoa idosa com AVC?

2. Considera esta temática pertinente para a sua prática de cuidados diária?

Pouco 1 2 3 4 5 Muito

3. Considera que esta problemática é valorizada pelos enfermeiros?

Pouco 1 2 3 4 5 Muito

4. Já teve formação onde tenha adquirido/desenvolvido competências na promoção do autocuidado da alimentação da pessoa idosa com AVC?

Sim ☐ Não ☐

5. Descreva três intervenções que costuma implementar perante a pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação.

6. As intervenções que implementa ficam registadas no processo do doente?

Sim ☐ Não ☐

7. Sente alguma dificuldade na implementação dessas intervenções?

Sim ☐ Não ☐

7.1. Se sim indique quais as dificuldades.

8. Sente necessidade de formação sobre a temática?

Sim ☐ Não ☐

8.1. Se sim, indique alguns temas/questões que gostaria que fossem abordadas.

Obrigada pela colaboração

Apêndice XX – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento contém informação relativamente ao questionário para o qual foi solicitada a sua colaboração. Deve lê-lo atentamente e pedir qualquer esclarecimento que necessite.

Surge no âmbito da implementação do Projeto de Estágio “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”. Visa a identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente à temática do défice de autocuidado na alimentação da pessoa idosa com AVC em contexto hospitalar.

A sua participação é voluntária, pelo que a qualquer momento pode recusar-se a participar, sem qualquer prejuízo ou consequência. O preenchimento do questionário é anónimo, salvaguardando-se a confidencialidade da informação recolhida.

Qualquer dúvida ou questão deverá contactar através do correio eletrónico: ana.alves@campus.esel.pt.

Obrigada pela colaboração,

Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, _____

declaro que li o presente documento e aceito participar voluntariamente no projeto de estágio: “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”, desenvolvido pela Enfermeira Ana Marta Plácido Alves, no âmbito do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas e com o conhecimento de que posso cancelar a minha participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Lisboa, ____/____/____

O Participante

A Enfermeira

**Apêndice XXI – Análise do Questionário Aplicado aos Enfermeiros
do Serviço de Medicina**

Análise do Questionário: Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

Caracterização:

A equipa de enfermagem é constituída por 19 elementos, 2 encontram-se de licença de maternidade e 1 dos elementos não preencheu o questionário. Considera-se assim um total de 16 questionários preenchidos (100%).

Idade: 1 não foi preenchido; média de idades 33 anos (23-50 anos)

20-29 anos: 37,5% / 30-39 anos: 43,7% **Moda** / 40-49 anos: 6,3% / 50-59 anos: 6,3%

Habilitações literárias:

Licenciatura 81,2% Pós-Licenciatura 6,3% Mestrado 12,5% Doutoramento 0%

Anos de experiência profissional: média 10 anos (1-22anos)

1-9 anos: 43,7% **Moda** / 10-19 anos: 37,5% / 20-29 anos: 18,8%

Categoria: Enfermeiros (100%).

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Frequência
Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na alimentação da pessoa idosa com AVC	Disfagia	“Quando existe disfagia...” “Disfagia” “Distinguir os graus de disfagia” “Presença de disfagia quer a sólidos quer a líquidos” “Dificuldade ao nível da deglutição”	10
	Falta de Tempo	“Pouco tempo disponível para ensino e treino do autocuidado alimentar-se” “Falta de tempo” “Ter tempo para estar com o doente” “Pouco tempo para auxiliar o doente neste autocuidado”	5

		“(…) por vezes falta de tempo para poder alimentar o doente…”	
	Alteração do Estado de Consciência	“Alteração do estado de consciência da pessoa” “(…) Alteração da cognição e consciência pelo fato do doente não perceber o discurso secundário a um AVC” “Estado de consciência diminuído”	5
	Problemas Relacionados com a Dieta	“Má qualidade da alimentação” “Difícil adequar a dieta e suprir as necessidades do doente”	2
	Alteração na Capacidade de Mastigação	“Desvio da comissura labial (….) parésia facial” “Dificuldade na mastigação ou défice de peças dentárias ou prótese não adaptada”	2
	Recusa Alimentar	“Recusa alimentar”	2
	Outros	“Posicionamento do doente” “falta de meios e ajudas técnicas” “Dificuldade em manter a continuidade dos cuidados entre os diferentes profissionais”	3
	Pertinência da Temática	Pouco 1 2 3 4 5 Muito 6,3% 93,7%	
	Valorização pelos Enfermeiros	Pouco 1 2 3 4 5 Muito 6,3% 6,3% 31,2% 31,2% 25%	
	Formação Prévia	Sim (31,2%) Não (68,8%)	

Intervenções de enfermagem na pessoa idosa com AVC com déficit no autocuidado da alimentação que coloca em prática	Posicionamento da Pessoa Idosa	“Posicionar o doente adequadamente para alimentação” “Elevar o plano superior da cama” “Colocar o doente na posição de fowler” “Sentar a pessoa muito bem”	13
	Ajuste de Dieta	“Adequar a dieta” “Introdução de espessante” “Começar por alimentos passados” “Entubar nasogastricamente se não houver alternativa”	11
	Comportamento do Cuidador	“Administração da refeição de forma fracionada e ao ritmo da pessoa” “Dar alimentação do lado afetado” “Dar comida com colher pequena” “Colocar pouca quantidade de cada vez na boca”	6
	Vigiar/Avaliar Presença de Disfagia	“Observar a cavidade oral durante, antes e depois da alimentação” “Avaliação do reflexo de deglutição” “Testar se o doente tem disfagia a líquidos e sólidos” “Garantir que a pessoa está desperta/vígil para a alimentação”	5
	Conhecer a Pessoa Idosa	“Avaliação da motricidade fina no	4

		membro superior dominante” “Incentivar à sua autonomia consoante o grau de dependência” “Perceber as preferências alimentares”	
	Ajuste do Ambiente Envolverte	“Evitar distrações do doente no momento da alimentação” “Colocar o tabuleiro junto do doente”	3
	Promover o Envolvimento da Família	“Ensino aos familiares sobre alimentação” “Incentivar a colaboração da família/cuidador”	2
	Registos de Enfermagem	Sim (75%)	Não (25%)
Dificuldades dos enfermeiros na implementação de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC	Sente Dificuldades?	Sim (56,3%)	Não (43,7%)
	Tempo	“Falta de tempo para estar com os doentes e realizar os ensinios aos cuidadores” “Tempo disponível para cada cliente” “Pontualmente podemos despende de menos tempo que o necessário para alimentar o doente”	7
	Falta de Recursos	“Falta de material (espessante) ” “Não dispomos de material adequado”	3
	Falta de conhecimento/ formação	“Nem sempre são eficazes” “Saber quais as intervenções mais adequadas a cada doente e patologia”	2

	Dificuldade nos registos	“Dificuldade nos registos informáticos”	1
	Qualidade da alimentação	“Por vezes a má qualidade da alimentação dificulta o sucesso das nossas intervenções”	1
Necessidades Formativas	Sente Necessidade de Formação?	Sim (81,2%) Não (12,5%) Não respondeu (6,3%)	
	Disfagia	“Técnicas/estratégias mais adequadas para implementar em doentes com disfagia” “Técnicas de deglutição” “Técnicas de testar a deglutição” “Estratégias a utilizar na alimentação para facilitar a deglutição evitando o risco de aspiração”	10
	Intervenções na Promoção do Autocuidado da Alimentação	“Estratégias adaptativas para realizar o autocuidado” “As melhores técnicas a serem implementadas” “Alternativas à entubação nasogástrica” “Abordagem na recusa alimentar”	4

**Apêndice XXII – Sessão de Formação: “Avaliação da
Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização
das ABVD’s com a Escala Modificada de Barthel”**

Plano de Sessão de Formação

Tema: Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD's com a Escala Modificada de Barthel

Objetivo Geral: Avaliar a funcionalidade da pessoa idosa nas atividades básicas de vida diária.

Objetivos Específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação das ABVD's
- Aplicar a escala modificada de barthel na prestação de cuidados à pessoa idosa internada no serviço de medicina

Programa	Métodos e Técnicas	Recursos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none">- Atividades Básicas de vida diária- Índice de Barthel: considerações gerais e instruções- Índice de Barthel na prática de cuidados- Estudo de caso.	Método expositivo	Computador Projetor Apresentação em PowerPoint	40 min	Enfª Ana Marta Alves (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa)

Local: Serviço de Medicina

Data: 12/12/2017

Hora: 15h00

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa

Índice de Barthel

Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das Atividades Básicas de Vida Diária

Lisboa, Dezembro 2017

Ana Marta Alves, nº 356

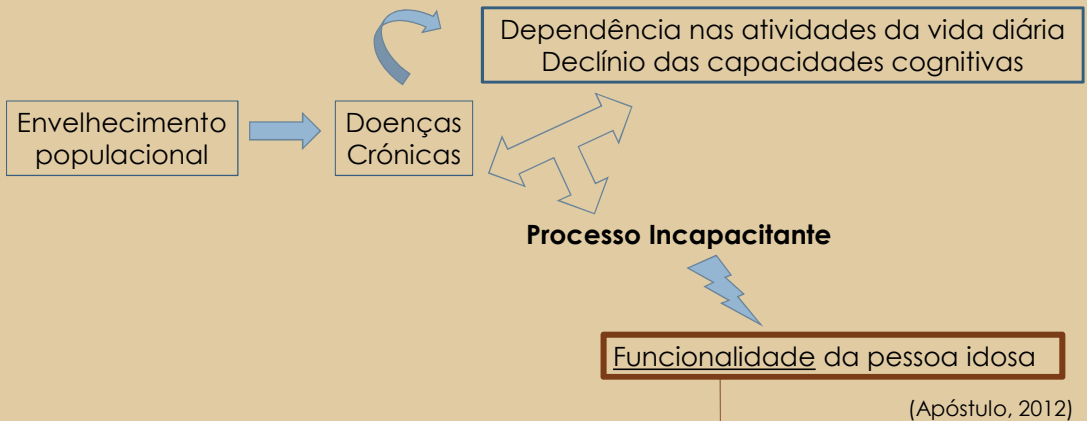
Professora Emília Brito

Enfermeira Joana Vieira

SUMÁRIO

- ✓ Atividades de Vida Diária - AVD
- ✓ Índice de Barthel – considerações gerais
- ✓ Índice de Barthel – Instruções
- ✓ Índice de Barthel na prática de cuidados
- ✓ Estudos de Caso
- ✓ Conclusão
- ✓ Referências Bibliográficas

Antes de começar....



Capacidade de adaptação da pessoa aos problemas do dia-a-dia, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (Duarte, 2007).

As escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa, permitem a identificação precoce de situações de risco, a identificação de necessidades permitindo o planeamento de intervenções adequadas a cada pessoa (Sequeira, 2010).



Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: Data / Hora:

Higiene Pessoal	<input type="text"/>
Banho	<input type="text"/>
Alimentação	<input type="text"/>
Toalete	<input type="text"/>
Subir Escadas	<input type="text"/>
Vestuário	<input type="text"/>
Controle de Bexiga	<input type="text"/>
Controle de Intestino	<input type="text"/>
Deambulação (1)	<input type="text"/>
Ou Cadeira de Rodas (2)	<input type="text"/>
Transferência cadeira/cama	<input type="text"/>

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo:

Ok Cancelar

Incapaz de realizar a tarefa
Requer ajuda substancial
Requer moderada ajuda
Requer mínima ajuda
Totalmente independente

↓

A pontuação varia conforme a
ABVD

(Apóstulo, 2012; Scílnico, 2017)



Índice de Barthel considerações gerais



Avalia o grau de independência da pessoa para a realização de dez ABVD sem qualquer ajuda, física ou verbal



Pode ser preenchido através:

- ✓ Observação direta;
- ✓ Dos registos clínicos;
- ✓ Pela própria pessoa.



Avaliando se é independente no desempenho de determinadas tarefas



Os registos devem basear-se na melhor prova disponível

- ✓ Doente
- ✓ Amigos/familiares
- ✓ Cuidadores
- ✓ Observação direta

**Não é necessária
comprovação
direta**

(Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 ; Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel considerações gerais



O registo deve basear-se no que o doente faz e não no que poderia fazer



Remete à performance das últimas 24-48h, em determinadas circunstâncias podem ser períodos mais longos



Caso o doente necessite de supervisão é considerado como dependente



No nível independente é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas



Deve ser realizada a avaliação na admissão e alta (NICE¹, 2013) **7/7 dias**

¹National Institute for Health and Care Excellence



Índice de Barthel Instruções

1. Higiene Pessoal (lavar os dentes, colocar a prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara)

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos
- (1) Requer ajuda substancial** - assistência em todos os passos da higiene pessoal
- (3) Requer moderada ajuda** - necessita de alguma assistência num ou mais passos
- (4) Requer mínima ajuda** - capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa
- (5) Totalmente independente** - consegue realizar todas as tarefas

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

2. Banho

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - totalmente dependente
- (1) Requer ajuda substancial** - Requer assistência em todos os aspetos do banho
- (3) Requer moderada ajuda** - Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença
- (4) Requer mínima ajuda** - supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência
- (5) Totalmente independente** - capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

3. Alimentação

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - necessita ser alimentado
- (2) Requer ajuda substancial** - manipula os utensílios para comer, mas precisa de assistência constante durante a refeição
- (5) Requer moderada ajuda** - Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, (ex: colocar leite e açúcar no chá)
- (8) Requer mínima ajuda** - necessita de ajuda para cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Come sozinho. Não é necessária a presença de outra pessoa.
- (10) Totalmente independente** - Alimenta-se sozinho desde que se coloquem os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga...

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

4. Toalete

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - Totalmente dependente
- (2) Requer ajuda substancial** - necessita de assistência
- (5) Requer moderada ajuda** - assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos
- (8) Requer mínima ajuda** - supervisão no uso do sanitário. Pode utilizar arrastadeira à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza
- (10) Totalmente independente** - entra e sai sozinho do sanitário. Sem necessidade de ajuda a vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico.

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

5. Subir Escadas

(0) Incapaz de realizar a tarefa – Incapaz de subir escadas

(2) Requer ajuda substancial - Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares

(5) Requer moderada ajuda - é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência

(8) Requer mínima ajuda - não necessita de assistência, apenas supervisão por segurança

(10) Totalmente independente - é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

6. Vestuário

(0) Incapaz de realizar a tarefa - é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.

(2) Requer ajuda substancial – tem algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário

(5) Requer moderada ajuda - assistência para se vestir ou se despir

(8) Requer mínima ajuda - assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o fecho, apertar os sapatos, etc.

(10) Totalmente independente - é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese, caso eles sejam prescritos

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

7. Controle de Bexiga

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo
- (2) Requer ajuda substancial** - incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos
- (5) Requer moderada ajuda** - geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento
- (8) Requer mínima ajuda** - seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento
- (10) Totalmente independente** - tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

8. Controle de Intestino

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - incontinência
- (2) Requer ajuda substancial** - auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento
- (5) Requer moderada ajuda** - assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados
- (8) Requer mínima ajuda** - pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais
- (10) Totalmente independente** - tem controle, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

9. Deambulação (perto de casa/bairro, dentro de casa, pode utilizar auxiliar de marcha)

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** – Totalmente dependente
- (3) Requer ajuda substancial** - Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas para deambular
- (8) Requer moderada ajuda** - assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares
- (1) Requer mínima ajuda** - independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas
- (10) Totalmente independente** - é capaz de colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

* Ou de cadeira de rodas

- (0) Incapaz de realizar a tarefa** - Dependente para conduzir a cadeira de rodas
- (1) Requer ajuda substancial** - consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos
- (3) Requer moderada ajuda** - presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se
- (4) Requer mínima ajuda** - consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados
- (5) Totalmente independente** - independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências)

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel Instruções

10. Transferência cadeira/cama

(0) Incapaz de realizar a tarefa - Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o doente com ou sem auxílio mecânico

(3) Requer ajuda substancial – é capaz de participar, mas necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.

(8) Requer moderada ajuda - Requer assistência de outra pessoa para transferir-se

(12) Requer mínima ajuda - Requer supervisão por segurança

(15) Totalmente independente – O doente é independente em todas as fases da transferência

(Apóstulo, 2012)



Índice de Barthel na prática de cuidados

- ✓ Monitorização na admissão (se a admissão for na tarde ou noite realiza no turno da manhã seguinte)
- ✓ Monitorização 1x/semana (programar no mapa de cuidados de 7/7 dias)
- ✓ Monitorização no dia da alta
- ✓ Carta de alta deve conter o resultado da avaliação da admissão e no dia da alta

Janela

Internamento -

Mapa de Cuidados

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento

Higiene Pessoal

Banho

Alimentação

Toalete

Subir Escadas

Vestuário

Controle de Bexiga

Controle de Intestino

Deambulação (1)

Ou Cadeira de Rodas (2)

Transferência cadeira/cama

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro

Ok

Cancelar

Incapaz de realizar a tarefa

Requer ajuda substancial

Requer moderada ajuda

Requer mínima ajuda

Totamente independente

Idade

anos

Turno

Data

Dose

Realizada

N. realizada

Nota

Hora

Análises

Realizada

N. realizada

Nota

Hora

Exames

Realizada

N. realizada

Hora

Cirurgias

de Barthel

Especificações

Observações

Data e hora termo

Módulo

Episódio

Serviço

Data/Hora entrada

Nº Cama

SOS

Registro: 1/1

Janela

Internamento -

Mapa de Cuidados

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento

Data / Hora

Higiene Pessoal

Banho

Alimentação

Toalete

Subir Escadas

Vestuário

Controle de Bexiga

Controle de Intestino

Deambulação (1)

Ou Cadeira de Rodas (2)

Transferência cadeira/cama

Resultado

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro

Ok

Cancelar

Incapaz de realizar a tarefa

Requer ajuda moderada

Requer moderada ajuda

Requer mínima ajuda

Totamente independente

Idade

anos

Turno

Data

Dose

Realizada

N. realizada

Nota

Hora

Análises

Realizada

N. realizada

Nota

Hora

Exames

Realizada

N. realizada

Hora

Cirurgias

de Barthel

Especificações

Observações

Data e hora termo

Módulo

Episódio

Serviço

Data/Hora entrada

Nº Cama

SOS

Registro: 1/1

AVC

Homem, 68ª

Diagnóstico de AVC isquémico agudo e crises convulsivas parciais motoras não controladas com a terapêutica instituída. Hemiparésia dta.

- SNG
- Prostrado, alternando períodos de agitação

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: Data / Hora:

Higiene Pessoal	Incapaz de realizar a tarefa
Banho	Incapaz de realizar a tarefa
Alimentação	Incapaz de realizar a tarefa
Toalete	Incapaz de realizar a tarefa
Subir Escadas	Incapaz de realizar a tarefa
Vestuário	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Bexiga	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Intestino	Incapaz de realizar a tarefa
Deambulação (1)	Incapaz de realizar a tarefa
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	Incapaz de realizar a tarefa

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo **0: Dependência Total**

Ok Cancelar

29/11 iniciou levante para cadeirão com apoio de 2 pessoas

Tolera dieta oral

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: Data / Hora:

Higiene Pessoal	Incapaz de realizar a tarefa
Banho	Incapaz de realizar a tarefa
Alimentação	Incapaz de realizar a tarefa
Toalete	Incapaz de realizar a tarefa
Subir Escadas	Requer ajuda substancial
Vestuário	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Bexiga	Incapaz de realizar a tarefa
Controle de Intestino	Incapaz de realizar a tarefa
Deambulação (1)	Requer ajuda substancial
Ou Cadeira de Rodas (2)	
Transferência cadeira/cama	Requer ajuda substancial

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registo **8: Dependência Total**

Ok Cancelar



Conclusão

- ✓ fácil aplicação e interpretação
- ✓ baixo custo de aplicação,
- ✓ pode ser repetido periodicamente
- ✓ consome pouco tempo no seu preenchimento

A aplicação do **Índice de Barthel** na prática de cuidados irá permitir:



identificar o grau de dependência global da pessoa;



identificar as incapacidades específicas da pessoa, permitindo adequar as intervenções às suas necessidades



Cuidado Centrado no Doente

(Araújo et al., 2007)



Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* (Geriatric Instruments). ESENC.
- Araújo, F.; Pais-Ribeiro, J.; Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- NICE (2013). *Stroke rehabilitation in adults*. Disponível em: [nice.org.uk/guidance/cg162](https://www.nice.org.uk/guidance/cg162)
- Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 . Acidente Vascular Cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda

**Apêndice XXIII - Guião de Utilização Prática para Preenchimento da
Escala Modificada de Barthel**

Índice de Barthel

- Admissão (ou turno da manhã seguinte)
- 7/7 dias, turno manhã
- Alta – transcrever para a carta de alta resultado da admissão e do dia da alta

Higiene Pessoal (lavar os dentes, colocar a prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara)

Incapaz de realizar a tarefa - incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos

Requer ajuda substancial - assistência em todos os passos da higiene pessoal

Requer moderada ajuda - necessita de alguma assistência num ou mais passos

Requer mínima ajuda - capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa

Totalmente independente – consegue realizar todas as tarefas

Banho

Incapaz de realizar a tarefa – totalmente dependente

Requer ajuda substancial - Requer assistência em todos os aspetos do banho

Requer moderada ajuda - Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença

Requer mínima ajuda - supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência

Totalmente independente - capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente

Alimentação

Incapaz de realizar a tarefa - necessita ser alimentado

Requer ajuda substancial - manipula os utensílios para comer, mas precisa de assistência constante durante a refeição

Requer moderada ajuda - Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, (ex: colocar leite e açúcar no chá)

Requer mínima ajuda – necessita de ajuda para cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Come sozinho. Não é necessária a presença de outra pessoa.

Totalmente independente – Alimenta-se sozinho desde que se coloquem os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga...

Toalete

Incapaz de realizar a tarefa – Totalmente dependente

Requer ajuda substancial – necessita de assistência

Requer moderada ajuda - assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos

Requer mínima ajuda - supervisão no uso do sanitário. Pode utilizar arrastadeira à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza

Totalmente independente – entra e sai sozinho do sanitário. Sem necessidade de ajuda a vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico.

Subir Escadas

Incapaz de realizar a tarefa – Incapaz de subir escadas

Requer ajuda substancial - Requer assistência em todos os aspetos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares

Requer moderada ajuda - é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência

Requer mínima ajuda - não necessita de assistência, apenas supervisão por segurança

Totalmente independente - é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos

<p><u>Vestuário</u> Incapaz de realizar a tarefa - é dependente em todos os aspetos do vestir e incapaz de participar das atividades. Requer ajuda substancial – tem algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspetos relacionados ao vestuário Requer moderada ajuda - assistência para se vestir ou se despir Requer mínima ajuda - assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o fecho, apertar os sapatos, etc. Totalmente independente - é capaz de vestir-se, despir-se , amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou ortótese, caso eles sejam prescritos</p>
<p><u>Controlo de Bexiga</u> Incapaz de realizar a tarefa - não tem controlo de esfíncteres ou utiliza o cateterismo Requer ajuda substancial - incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos Requer moderada ajuda - geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento Requer mínima ajuda - seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento Totalmente independente - tem controlo de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento</p>
<p><u>Controlo de Intestino</u> Incapaz de realizar a tarefa - incontinência Requer ajuda substancial - auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento Requer moderada ajuda - assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados Requer mínima ajuda - pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais Totalmente independente - tem controlo, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário</p>
<p><u>Deambulação</u> (perto de casa/bairro, dentro de casa, pode utilizar auxiliar de marcha) Incapaz de realizar a tarefa – Totalmente dependente Requer ajuda substancial - Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas para deambular Requer moderada ajuda - assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares Requer mínima ajuda - independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas Totalmente independente - é capaz de colocar os braços, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.</p>
<p><u>Ou de cadeira de rodas</u> Incapaz de realizar a tarefa - Dependente para conduzir a cadeira de rodas Requer ajuda substancial - consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspetos Requer moderada ajuda - presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se Requer mínima ajuda - consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados Totalmente independente - independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências)</p>
<p><u>Transferência cadeira/cama</u> Incapaz de realizar a tarefa - Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o doente com ou sem auxílio mecânico Requer ajuda substancial – é capaz de participar, mas necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspetos da transferência. Requer moderada ajuda - Requer assistência de outra pessoa para transferir-se Requer mínima ajuda - Requer supervisão por segurança Totalmente independente – O doente é independente em todas as fases da transferência</p>

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**Apêndice XXIV – Avaliação da Sessão de Formação: “Avaliação da
Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD’s com a
Escala Modificada de Barthel”**

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa na Realização das ABVD's com a Escala Modificada de Barthel

Formadora: Enfermeira Ana Marta Alves

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
_____	_____	16,7%	83,3%

2. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária	_____	_____	27,8%	72,2%
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos	_____	_____	27,8%	72,2%
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados	_____	_____	27,8%	72,2%
Os conteúdos foram apresentados de forma clara	_____	_____	22,2%	77,8%
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas	_____	_____	22,2%	77,8%
A documentação fornecida é pertinente	_____	_____	22,2%	77,8%
Os meios utilizados foram os mais adequados	_____	_____	27,8%	72,2%
A duração da sessão foi adequada	_____	_____	11,1%	88,9%

Comentários/sugestões: Não houve comentários ou sugestões.

Obrigada

**Apêndice XXV – Sessão de Formação: “Intervenções de
Enfermagem na Promoção do Autocuidado
da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC”**

Plano de Sessão de Formação

Tema: Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família.

Objetivo Geral: Desenvolver competências da equipa de enfermagem, na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família

Objetivos Específicos:

- Identificar as dificuldades da pessoa idosa no autocuidado da alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento;
- Identificar os sinais e sintomas de disfagia;
- Avaliar a deglutição na pessoa idosa com AVC;
- Preparar o espessante nas diferentes consistências;
- Promover o autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família
- Registrar as intervenções implementadas com vista à continuidade dos cuidados
- Identificar sinais de alerta de compromisso do estado nutricional na pessoa idosa com AVC

Programa	Métodos e Técnicas	Recursos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades na alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento;- Sinais e sintomas de disfagia- Avaliação da deglutição na pessoa idosa com AVC	Método expositivo	Computador Projektor Apresentação em PowerPoint	40 min	Enf ^a Ana Marta Alves (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa

<ul style="list-style-type: none"> - Como preparar o espessante e as diferentes consistências - Intervenções de enfermagem na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família - A importância dos registos para a continuidade dos cuidados - Risco nutricional na pessoa idosa com AVC. 				
---	--	--	--	--

Local: Serviço de Medicina

Data:18/01/2018

Hora: 15h00

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
do Lisbon

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Intervenções de
Enfermagem na Promoção
do Autocuidado da
Alimentação na Pessoa
Idosa com AVC e Família**

Aluna: Ana Marta Plácido Alves, nº 356
Professora Orientadora: Emília Brito
Enfermeira Orientadora: Joana Vieira

2018

O momento da refeição é um ato social...

convívio

agradável

No entanto, ao longo do processo de envelhecimento

Verificam-se alterações fisiológicas que podem condicionar a alimentação

Deterioração dos músculos da mastigação
perda de elasticidade, diminuição da força e da amplitude de movimentos
preparação dos alimentos na boca e a deglutição mais lentos

Perda de peças dentárias

Xerostomia
(desidratação e fármacos)

Diminuição do Paladar e Olfato

Contribuindo para a desnutrição e desidratação da pessoa idosa



Quando ocorre um AVC...

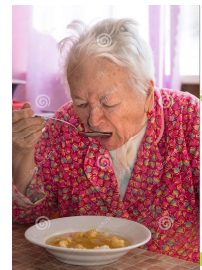
... tudo muda...



Disfagia



Dificuldades na manipulação da comida no prato...



... e no transporte da comida à boca



Dificuldade em adotar / manter a posição sentada...



... em comunicar as dificuldades



... em manter o estado de alerta

Todas estas alterações podem provocar:

- Alteração na auto imagem
- Sentimentos de vergonha e medo
- Alteração nas relações sociais
- Isolamento
- Depressão



Agravando o estado nutricional da pessoa idosa, aumentando...

a dependência...

a mortalidade...

a morbilidade...

o tempo de internamento...



e os custos com os cuidados de saúde



Cabe ao Enfermeiro....



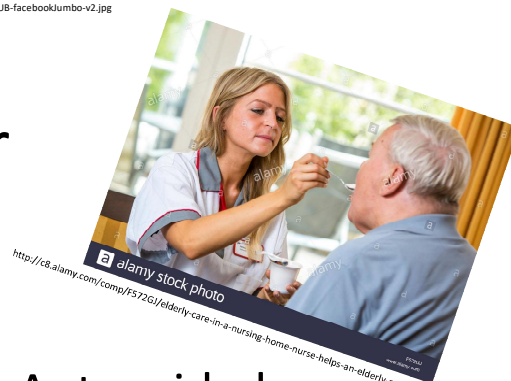


<https://static01.nytimes.com/images/2016/08/30/science/30SPANSUB/30SPANSUB-facebookjumbo-v2.jpg>



<http://c8.alamy.com/comp/F572GE/elderly-care-in-a-nursing-home-nurse-helps-an-elderly-man-eating-his-F572GE.jpg>

Intervir



<http://c8.alamy.com/comp/F572GI/elderly-care-in-a-nursing-home-nurse-helps-an-elderly-man-eating-his-F572GI.jpg>

Na Capacitação para o Autocuidado

Sinais e Sintomas de Disfagia

- ✓ Dificuldade em iniciar a deglutição
- ✓ Deglutição repetitiva
- ✓ Regurgitação nasal
- ✓ Tosse
- ✓ Fala anasalada
- ✓ Redução no reflexo de tosse
- ✓ Engasgo
- ✓ Disartria e diplopia,
- ✓ Halitose
- ✓ Pneumonias recorrentes
- ✓ Dispneia
- ✓ Gorgolejo
- ✓ Lacrimejo
- ✓ Brincar com a comida
- ✓ Evitar comer/diminuição da quantidade de comida ingerida
- ✓ Aumento do tempo que demora a completar a refeição
- ✓ Perda de peso inexplicável
- ✓ Odinofagia
- ✓ Incapacidade de gerir a saliva (engasgo ou "babar")

(Ney et al. 2009; Sura et al., 2012; WGO, 2014).

Avaliação da Deglutição¹

Nos doentes com AVC e antes de iniciar dieta oral após remoção de SNG (Soderhamn & Soderhamn, 2008)

1. Antes de começar:

- a) Colocar o doente o mais sentado possível com a cabeça apoiada
- b) Realizar higiene oral
- c) Preparar o aspirador

2 Avaliar:

- a) Estado de consciência (se o doente não está alerta, não se avança)
- b) Tom de voz
- c) Simetria facial (pedir ao doente para mostrar os dentes a sorrir)
- d) Se há desvio da língua à sua protusão
- e) Simetria do palato
- f) Se o doente é capaz de gerir a saliva (se engasga ou “baba”)
- g) Monitorizar SpO₂

¹ Baseado em: <https://img.medscape.com/pi/emed/ckb/neurology/1134815-1159751-1162677-2045976.pdf>
<http://patientsafety.pa.gov/EducationalTools/PatientSafetyTools/aspiration/Documents/screen.pdf>
E nas aprendizagens adquiridas na Unidade de AVC

Avaliação da Deglutição

3. Teste:

- a) Oferecer 1 colher de sobremesa de água e avaliar sinais de disfagia (repetir avaliação 3x)



Articular com outros elementos da
equipa multidisciplinar (médico, fisiatra,
terapeuta da fala, terapeuta
ocupacional, dietista)

- b) Oferecer 1 colher de sobremesa de água com espessante² e avaliar sinais de disfagia (repetir avaliação 3x)

² Inicia consistência néctar, se não tolerar testa o mel, e por fim a consistência pudim

EXISTEN 4 TEXTURAS BÁSICAS



Video disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Yk2nV3djoL8>

Intervenções Compensatórias

Os enfermeiros devem intervir de modo a promover o autocuidado, recorrendo a estratégias compensatórias de adaptação que visem o aumento da sensação de controlo da pessoa idosa sobre essas dificuldades (Medin et al., 2010).



<https://www.wdavidson.co.uk/wp-content/uploads/2016/12/Nose-Cutout-Nosey-Cup.jpg>

Em caso de distúrbios da mastigação e/ou deglutição...



Ajuste da dieta:

- ✓ Recurso a espessante (disfagia a líquidos ter em atenção a consistência tolerada (néctar, mel ou pudim)
- ✓ Providenciar prótese dentária
- ✓ Não oferecer gelatina
- ✓ Alternar líquidos e sólidos para “limpar” resíduos
- ✓ Utilizar molho e condimentos de modo a tornar o bolo alimentar mais coeso e evitar que partículas vão para a via aérea
- ✓ Não misturar 2 consistências de alimentos diferentes ao mesmo tempo na boca
- ✓ Desaconselham-se produtos à base de leite e achocolatados, tendem a produzir muco em quantidade excessiva e, além disso ainda podem ser difíceis de deglutir (Clara, 2009)

(Westergren et al., 2001; Ney 2009; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)

Em caso de distúrbios da mastigação e/ou deglutição...



Ajuste da dieta:

- ✓ Fruta (textura mista) optar por ser cozida e passada
- ✓ Eliminar sólidos pulverizáveis (arroz, feijão, grão, bolos secos....)
- ✓ Sólidos fibrosos (ex: bacalhau tem de ser bem cozido desfiado e com molho)
- ✓ Sólido mole (vegetais bem cozidos reduzidos a puré)
- ✓ Carne / peixe bem cozido e picado
- ✓ Dieta Pastosa (só uma consistência cremosa, sem pedaços)

Ambrósio, C. (2017). Disfagia – Como atuar? In *Ciclo de Conferências em Dietética e Nutrição 2017: Cuidar o Idoso*. Hospital de Santa Maria, Lisboa. 15 de Dezembro de 2017

Quando nenhuma consistência é tolerada, a via oral deixa de ser opção



Alimentação Entérica



Ajuste da Postura:

- ✓ Dar preferência a sentar-se numa cadeira à mesa
- ✓ Se acamado: cabeceira a 90°
- ✓ Queixo junto do peito, evitando a hiperextensão da cabeça
- ✓ Rodar a cabeça para o lado afetado (AVC)
- ✓ Ingerir pequenas quantidades de comida
- ✓ Encerramento da comissura labial com a mão

(Westergren et al., 2001; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)



Ambiente:

- ✓ Preparar o momento da refeição
- ✓ Envolver a família
- ✓ Permitir que o doente tenha contacto visual com a comida
- ✓ Manutenção de boa higiene oral, preferencialmente 4x/dia
- ✓ Concentrar-se na deglutição
- ✓ Evitar falar durante a refeição/deglutição
- ✓ Reduzir os estímulos em torno do doente
- ✓ Comer devagar
- ✓ Equipamento adaptativo
- ✓ Atenção ao odor ambiente durante a refeição



https://www.careshop.co.uk/7664-thickbox_default/incurve-plate-surround.jpg

(Westergren et al., 2001; Ney et al., 2009; Perry et al., 2012; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)

No entanto, o impacto no autocuidado da alimentação após o AVC, passa não só pelas dificuldades na deglutição, como a disfagia, mas também na preparação e transporte da comida à boca (Jacobson et al, 2000; Westergren, 2006, 2008).

- Observação comportamental durante a refeição
- Incentivar cada pessoa a falar sobre as dificuldades e o modo como tenta lidar com elas (Medin et al., 2010).

- Manter um ambiente calmo durante a refeição
- Informar o doente e família sobre a sua situação
- Providenciar óculos, prótese dentária, aparelho auditivo

(Westergren et al., 2001; Perry et al., 2012; Kinkle et al., 2013)

Regime totalmente compensatório

- Explicar ao doente o que vai ser feito
- Providenciar prótese dentária
- Dar tempo à pessoa para mastigar e deglutir
- É o doente quem controla a velocidade da refeição
- Não pressionar o doente a terminar a refeição ou a comer mais depressa
- Não permitir a retirada do tabuleiro de refeição sem que o doente tenha terminado
- Oferecer água antes, durante e nos intervalos da refeição
- Permitir que o doente lave/desinfete as mãos antes e depois da refeição
- Limpar a boca sempre que necessário durante e no fim da refeição
- Reforço positivo
- O cuidador deve posicionar-se no lado afetado do doente e ao seu nível
- Ao longo do dia oferecer copos de água ao doente (principalmente doentes com disfagia a líquidos)

(Medin et al., 2010; Perry et al., 2012)

Registos... dar visibilidade à intervenção

Avaliação Inicial (auditoria a 28/11)

- ✓ Peso
- ✓ Presença/ausência de disfagia (AVC) (3)
- ✓ Altura
- ✓ Apetite (2)
- ✓ Prótese Dentária
- ✓ Paladar (2)
- ✓ Nº de refeições/dia (1)

Fatores que facilitam a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa:
diálogo, observação, vigilância e trabalho de equipa

(Soderhamn & Soderhamn, 2008)

Identificar perda de peso

Baixo IMC

Alterações da deglutição

Diminuição da ingesta alimentar

Suporte nutricional artificial

Úlceras por pressão

QUESTÕES-CHAVE

- comeu menos que o normal nos últimos 3 meses?
- tem tido perda de apetite ou dificuldade em mastigar ou engolir os alimentos?
- perdeu peso nos últimos 3 meses?
- nota a roupa mais larga?
- esteve doente ou perdeu um ente querido nos últimos 3 meses?

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

☐

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

☐

F1 Índice de Massa Corporal (IMC) = peso em kg / (estatura em m)² ☐

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2.
NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA

F2 Circunferência da Perna (CP) em cm

- 0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31

☐

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

<http://www.mna-elderly.com/>

Se o doente não apresentar um estado nutricional normal, encaminhar para especialista em dieta ou nutrição para uma intervenção nutricional;

Até que um nutricionista esteja disponível, informar o utente e/ou cuidador sobre como melhorar a ingestão nutricional

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em energia / proteína (p.ex., pudins, batidos, etc.)
- Ingestão de suplementos alimentares com lanches e leite adicionais
- Caso a alteração na dieta não melhorar a ingestão nutricional do utente, poderá ser necessária a introdução de suplementos nutricionais
- Garantir uma ingestão de líquidos adequada: 6 - 8 copos por dia.

Controlar novamente todos os utentes a cada três meses. Articular as informações recolhidas com a nutricionista / médico e registrar no processo do utente.

AVALIAÇÃO DE RISCO

13 doentes avaliados nos dias 7/8/11 Janeiro

Avaliação do Estado Nutricional	Triagem	Avaliação Global
Normal	3	4
Risco de Desnutrição	5	5
Desnutrido	5	4

Registos... dar visibilidade à intervenção

Registos Diários

Em todos os doentes:

- ✓ Alimentar a pessoa / Assistir a pessoa a alimentar-se / Alimentar através de SNG
- ✓ Vigiar refeição
- ✓ Administrar líquidos / incentivar no autocuidado beber / vigiar ingestão de líquidos
- ✓ Monitorizar peso 1x/semana nos doentes idosos que deambulam
- ✓ Monitorizar o autocuidado com escala de Barthel (admissão, 7/7 dias e alta)
- ✓ Treinar o prestador de cuidados a alimentar por SNG / para o uso de equipamento adaptativo para alimentação / sobre técnica de alimentação
- ✓ Supervisionar o prestador de cuidados (igual ao de cima)
- ✓ Validar conhecimento do prestador de cuidados...

Registos... dar visibilidade à intervenção

Registos Diários

Doentes Desnutridos:

- ✓ Identificar no quadro da sala de trabalho e na folha de passagem de turno os doentes desnutridos
- ✓ Vigiar refeição - discriminar a quantidade de comida ingerida
- ✓ Monitorizar peso 1x/semana nos doentes idosos que deambulam
- ✓ Referenciar para a dietista para ajuste nutricional

Registos... dar visibilidade à intervenção

Carta de Alta/Tansferência

- ✓ Mencionar o grau de dependência (Índice de Barthel e especificar no autocuidado da alimentação nos doentes que sejam dependentes neste autocuidado)
- ✓ Dieta em vigor durante o internamento e tolerância do doente
- ✓ Peso do doente à saída do internamento nos doentes que não vão para o domicílio
- ✓ Instruções na manipulação de SNG

CONCLUSÃO

As intervenções não devem focar-se apenas na disfagia, mas também na capacidade funcional para a pessoa se alimentar (Jacobson et al., 2000), uma vez que no conjunto podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa, contribuindo para o aumento da morbilidade (Wirth et al, 2013).

Assim, as intervenções devem basear-se não só na observação das refeições e identificação das dificuldades neste autocuidado, mas também nas vivências da pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação e família (Klinke et al., 2013).

Trabalho em equipa multidisciplinar: realizar registo que não só deem visibilidade ao trabalho realizado mas que promovam a continuidade dos cuidados e prevenção de complicações e consequentes reinternamentos.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação de problemas/dificuldades na alimentação da pessoa idosa, algo que tem de ser priorizado na prestação de cuidados (Soderhamn & Soderhamn, 2008).

Referências Bibliográficas

- Ambrósio, C. (2017). Disfagia – Como atuar?. In *Ciclo de Conferências em Dietética e Nutrição 2017: Cuidar o Idoso*. Hospital de Santa Maria, Lisboa. 15 de Dezembro de 2017
- Clara, M.C.G. (2009). *Evolução do Estado Nutricional num doente com Disfagia no pós-AVC, Estudo de Caso*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2017). Disponível em: <http://iddsi.org/framework/what-is-dysphagia/>
- Jacobson, C.; Axelsson, K.; Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*. 9. 255-264.
- Klinke, M. E.; Wilson, M. E.; Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. *Disability & Rehabilitation*. 35(17). 1491 -1500.
- Medin, J.; Larson, J.; Arbin, M.; Wredling, R. & Tham, R. (2010). Striving for control in eating situations after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24. 772-780.
- Medin, J.; Windahl, J.; Arbin, M.; Tham, K. and Wredling, R. (2011). Eating difficulties among stroke patients in the acute state: a descriptive, cross-sectional, comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 2563–2572.
- Nestlé Nutrition Institute. (2017). Mini nutritional assessment, disponível em: <http://www.mna-elderly.com/>
- Nestlé Nutrition Institute (s/a). *Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®*. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf

Referências Bibliográficas

- Ney, D. M. Weiss, J. M.; Kind, A. J. H. and Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies, and Interventions. *Nutrition in Clinical Practice*. Vol. 24, No. 3, June/July 2009
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (4ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Perry, L.; Hamilton, S.; Williams, J.; Jones, S. (2012). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. Sigma Theta Tau International.
- Soderhamn, U & Soderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 431–439
- Sura, L.; Madhavan, A.; Carnaby, G; Crary, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in Aging*. 2012;7. 287-298.
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*. 35(3). 416-42.
- Wirth, R.; Smoliner, C.; Jager, M.; Warnecke, T.; Leischker, A. H.; Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*. 5:14. 1 -11.
- World Gastroenterology Organization. (2014). *Disfagia e Diretrizes e Cascatas Mundiais*. WGO Practice Guideline. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>

**Apêndice XXVI – Avaliação da Sessão de Formação: “Intervenções
de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na
Pessoa Idosa com AVC”**

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

Formadora: Enfermeira Ana Marta Alves

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
_____	_____	7,1%	92,9%

2. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária	_____	_____	14,3%	85,7%
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos	_____	_____	14,3%	85,7%
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados	_____	_____	14,3%	85,7%
Os conteúdos foram apresentados de forma clara	_____	_____	14,3%	85,7%
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas	_____	_____	21,4%	78,6
A documentação fornecida é pertinente	_____	_____	21,4%	78,6
Os meios utilizados foram os mais adequados	_____	_____	14,3%	85,7%
A duração da sessão foi adequada	_____	_____	21,4%	78,6

Comentários/sugestões: (1) “A formação foi totalmente pertinente e contribui sem dúvida para a melhoria da prática de cuidados”.

Obrigada

Apêndice XXVII – Sessão de Formação Realizada aos Assistentes Operacionais do Serviço de Medicina: “Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família”

Plano de Sessão de Formação

Tema: Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

Objetivo Geral: Desenvolver competências dos Assistentes Operacionais no cuidado à pessoa idosa com AVC com défice no autocuidado da alimentação.

Objetivos Específicos:

- Identificar as dificuldades da pessoa idosa no autocuidado da alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento;
- Identificar os sinais e sintomas de disfagia;
- Promover o autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e família.

Programa	Métodos e Técnicas	Recursos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades na alimentação provocadas pelo processo de envelhecimento- Sinais e sintomas de disfagia- O papel do Assistente Operacional na promoção do autocuidado da alimentação na pessoa idosa com AVC e Família.	Método expositivo	Computador Projektor Apresentação em PowerPoint	30 min	Enfª Ana Marta Alves (aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Pessoa Idosa)

Local: Serviço de Medicina

Data: 17/01/2018

Hora: 15h30

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
do Lisbon

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Promoção do Autocuidado
da Alimentação na Pessoa
Idosa com AVC**

Aluna: Ana Marta Plácido Alves, nº 356
Professora Orientadora: Emília Brito
Enfermeira Orientadora: Joana Vieira

2018

O momento da refeição é um ato social...

convívio

agradável

No entanto, ao longo do processo de envelhecimento

Verificam-se alterações fisiológicas que podem condicionar a alimentação

Deterioração dos músculos da mastigação
perda de elasticidade, diminuição da força e da amplitude de movimentos
preparação dos alimentos na boca e a deglutição mais lentos

Perda de peças dentárias

Xerostomia
(desidratação e fármacos)

Diminuição do Paladar e Olfato

Contribuindo para a desnutrição e desidratação da pessoa idosa



Quando ocorre um AVC...

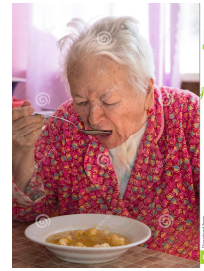
... tudo muda...

Disfagia



Dificuldades na manipulação da comida no prato...

... e no transporte da comida à boca



Dificuldade em adotar / manter a posição sentada...



... em comunicar as dificuldades



... em manter o estado de alerta

Todas estas alterações podem provocar:

- Alteração na auto imagem
- Sentimentos de vergonha e medo
- Alteração nas relações sociais
- Isolamento
- Depressão



Agravando o estado nutricional da pessoa idosa, aumentando...

a dependência...

a mortalidade...

a morbilidade...

o tempo de internamento...



e os custos com os cuidados de saúde



Cabe a todos nós....



Regime totalmente compensatório

- Explicar ao doente o que vai ser feito
- Providenciar prótese dentária
- Dar tempo à pessoa para mastigar e deglutir
- É o doente quem controla a velocidade da refeição
- Não pressionar o doente a terminar a refeição ou a comer mais depressa
- Não permitir a retirada do tabuleiro de refeição sem que o doente tenha terminado
- Oferecer água antes, durante e nos intervalos da refeição
- Permitir que o doente lave/desinfete as mãos antes e depois da refeição
- Limpar a boca sempre que necessário durante e no fim da refeição
- Reforço positivo
- O cuidador deve posicionar-se no lado afetado do doente e ao seu nível
- Ao longo do dia oferecer copos de água ao doente (principalmente doentes com disfagia a líquidos)

(Medin et al., 2010; Perry et al., 2012)

8º 8Cursº

Enquanto elementos da equipa multidisciplinar, muito presentes no momento da refeição, são fundamentais na prevenção do declínio nutricional da pessoa idosa

Nos doentes sinalizados vigiar a refeição (quantidade de alimentos ingeridos)
Informar o enfermeiro responsável pelo doente:

- Caso se verifique alguma alteração
- Se o doente completou a refeição
- Se o doente manifestar/apresentar alguma dificuldade durante a refeição (preferências alimentares, dificuldade na mastigação e / ou deglutição)

Referências Bibliográficas

- Ambrósio, Cátia (2017). Disfagia – Como atuar?. In 8º Curs 8º de Maio 2017. E-mail: t s g@cu-ú.v P86@te u lruau. Hospital de Santa Maria, Lisboa. 15 de Dezembro de 2017
- Clara, M.C.G. (2009). UluGéicu ru Uantru géne"uotGém rusons um E"adt:"t ou áRaX385 Uanérurs 8tau . Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2017). Disponível em: <http://idds.org/framework/what-is-dysphagia/>
- Jacobson, C.; Axelsson, K.; Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. 6úeotQd8C"o" tQ Nursing. 9. 255-264.
- Klinke, M. E.; Wilson, M. E.; Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. E"atO"C"tB JsVIO"C"ntr"uS(17). 1491 -1500.
- Medin, J.; Larson, J.; Arbin, M.; Wredling, R. & Tham, R. (2010). Striving for control in eating situations after stroke. 2 tor"ot"lo 6úeotC ud 8te"o: 2 "so sa . 24. 772-780.
- Medin, J.; Windahl, J.; Arbin, M.; Tham, K. and Wredling, R. (2011). Eating difficulties among stroke patients in the acute state: a descriptive, cross-sectional, comparative study. 6úeotQd8C"o" tQéa"o: 020, 2563-2572.
- Nestlé Nutrition Institute. (2017). Mini nutritional assessment, disponível em: <http://www.mna-elderly.com/>
- Nestlé Nutrition Institute (s/a). 1m pé"t átet umáCsrnt q"o" AIC"tlu géne" uotC8Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf

Referências Bibliográficas

- Ney, D. M. Weiss, J. M.; Kind, A. J. H. and Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies, and Interventions. géne"n"u"o 8C"o" tQet n° s . Vol. 24, No. 3, June/July 2009
- Orem, D. E. (1991). géa"o:P8uo sána udbet n° s . (4ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Perry, L.; Hamilton, S.; Williams, J.; Jones, S. (2012). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. Sigma Theta Tau International.
- Soderhamn, U & Soderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients no)Cot, Armon"t"amotB, 431-439
- Sura, L.; Madhavan, A.; Carnaby, G.; Crany, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. 8C"o" tQonselson"uo"oA"o: . 2012:7. 287-298.
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. 6úeotQdArto sr géa"o: 35(3). 416-42.
- Wirth, R.; Smoliner, C.; Jager, M.; Warnecke, T.; Leischker, A. H.; Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. U-dse"msontQ DetoaCitr"uotQneuTqsr" os . 5:14. 1-11.
- World Gastroenterology Organization. (2014). E"adt:"t s E"esne"Fs8ta tnta qéor"ta . WGO Practice Guideline. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>
- <https://www.international.files.wordpress.com/2017/01/4us-portuguese-1.pdf>

OBRIGADA!

**Apêndice XXVIII – Avaliação da Sessão de Formação: “Promoção
do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e
Família”**

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Promoção do Autocuidado da Alimentação na Pessoa Idosa com AVC e Família

Formadora: Enfermeira Ana Marta Alves

Este documento pretende avaliar a sessão de formação que terminou. Obrigada pela sua colaboração.

1. De um modo geral como considera a sessão de formação?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
_____	_____	40%	40%

2. Assinale com uma cruz (X) a opção que considere mais adequada tendo em conta a formação em que acabou de participar.

Apreciação	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
O tema abordado é pertinente para a minha prática de cuidados diária*	_____	_____	_____	80%
Foi um momento de consolidação/aquisição de conhecimentos	_____	_____	20%	80%
É possível mobilizar os conteúdos abordados para a prática de cuidados	_____	_____	40%	60%
Os conteúdos foram apresentados de forma clara	_____	_____	40%	60%
As minhas dúvidas ficaram esclarecidas*	_____	_____	40%	40%
A documentação fornecida é pertinente*	_____	_____	60%	20%
Os meios utilizados foram os mais adequados	_____	_____	40%	60%
A duração da sessão foi adequada	_____	_____	100%	_____

Comentários/sugestões: (1) “Formação muito pertinente. Acho que faz todo o sentido. Sinto maior segurança para aplicar na prestação de cuidados.”

*20% não respondeu a este parâmetro

Obrigada

**Apêndice XXIX – Guião de Boas Práticas no Cuidado à Pessoa
Idosa com AVC com Défice no Autocuidado da Alimentação e
Família**



8º MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE DA
PESSOA IDOSA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**GUIÃO DE BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À PESSOA
IDOSA COM AVC, COM DÉFICE NO AUTOCUIDADO DA
ALIMENTAÇÃO E FAMÍLIA**

Ana Marta Plácido Alves, nº 356

Professora Orientadora

Emília Brito

Enfermeira Orientadora

Joana Vieira

Lisboa,

Fevereiro, 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM AVC COM DÉFICE NO AUTOCUIDADO DA ALIMENTAÇÃO.....	5
1.1. Sinais e Sintomas de Disfagia	7
1.2. Avaliação da Deglutição	8
1.3. Intervenções de Enfermagem	9
1.4. Papel do Enfermeiro	10
1.5. Avaliação do Risco Nutricional.....	11
1.6. Registos	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
Apêndice I - Avaliação da Pessoa Idosa com AVC com Déficit no Autocuidado da Alimentação	
Anexo I - Mini Nutritional Assessment	
Anexo II - Escala Modificada de Barthel (SClinico)	

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, o ser humano atravessa várias mudanças que desencadeiam processos internos. Estas transições¹ são provocadas por eventos críticos que conduzem a mudanças no indivíduo ou no ambiente, tal como acontece no processo de envelhecimento, sendo esta uma transição de desenvolvimento (Meleis, 2010). As principais alterações inerentes ao processo de envelhecimento definidas através do acrónimo SPICES, são as perturbações do sono, problemas com a alimentação, incontinência, confusão, quedas e lesões cutâneas (Fulmer & Wallace, 2012).

O processo de envelhecimento² é acompanhado por um conjunto de alterações fisiológicas caracterizadas por um declínio orgânico, traduzindo-se na progressiva incapacidade do organismo em preservar a homeostase. Verificam-se, entre outras, alterações ao nível do sistema orofaríngeo e gastrointestinal, que podem comprometer o estado nutricional da pessoa idosa (Smith & Cotter, 2016). Neste processo pode-se verificar a detioração dos músculos envolvidos na mastigação, perda de peças dentárias, xerostomia devido a desidratação e efeitos secundários de alguns fármacos, redução do paladar e olfato que podem conduzir à diminuição da ingesta alimentar e hídrica, tendo como consequência a desnutrição e desidratação da pessoa idosa (Smith & Cotter, 2016; Mendes, 2016). As estruturas envolvidas no processo de deglutição vão-se alterando com o envelhecimento, nomeadamente na perda de elasticidade, diminuição da força e da amplitude de movimentos. Para além de alterações nas estruturas, é importante perceber que com a idade a preparação dos alimentos na boca e a deglutição são mais lentos, condicionando também a ingesta alimentar (Sura, Madhavan, Carnaby & Crary, 2012).

A capacidade de comer, desfrutar da refeição e participar nas atividades sociais relacionadas com as refeições, são aspetos importantes para a qualidade de vida da pessoa idosa e família, bem como na recuperação de doença aguda (Hagglund et al, 2017). No entanto, quando ocorre um AVC esta realidade transforma-se. As

¹ A transição consiste na passagem de um estado para outro na busca por equilíbrio, sendo um processo desencadeado por uma mudança. Isto é, para a transição estar completa, a pessoa deverá atingir um nível de estabilidade semelhante ao que tinha antes (Meleis, 2010).

² “O envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicossociais interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada” (Sequeira, 2010, p. 19).

dificuldades na alimentação na pessoa idosa com AVC variam de pessoa para pessoa e com o tipo de lesão provocada, com o ponto comum de que interferem com o cotidiano de cada indivíduo nomeadamente na sua capacidade para o autocuidado, podendo condicionar todo o processo de reabilitação (Perry, Hamilton, Williams & Jones, 2013; Klinke, Wilson, Hafsteinsdóttir & Jónsdóttir, 2013). O aporte nutricional adequado às necessidades de cada pessoa idosa é fundamental para a recuperação da doença, principalmente na fase de reabilitação, podendo a desnutrição ter efeitos devastadores tais como: perda de força, massa muscular e também de energia, depressão, letargia e ansiedade, apatia, imobilidade e consequentemente estase venosa com probabilidade de embolia, maior probabilidade de úlceras por pressão, alterações respiratórias e cardíacas, diminuição das defesas aumentando o risco de infeção, maior dependência, risco de reinternamentos e complicações, contribuindo assim para a diminuição da qualidade de vida e para o aumento da morbidade e mortalidade (Perry et al., 2013).

Apesar de serem conhecidos os efeitos prejudiciais que a desnutrição provoca, as intervenções neste âmbito raramente são vistas como uma prioridade, sendo desvalorizada a contribuição que os enfermeiros podem ter no apoio nutricional, não se investindo no desenvolvimento da prática, formação e investigação nesta área. O papel do enfermeiro no que respeita à nutrição tem sido pouco reconhecido, mal articulado e descrito como sendo necessária uma maior participação dos enfermeiros nesta área (Perry et al., 2013).

A teoria do défice de autocuidado³ (Orem, 1991) assume particular importância quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, como acontece quando surge um AVC. Cabe ao enfermeiro avaliar o défice de autocuidado, para planear e implementar intervenções adequadas (Foster & Bennett, 2000). Surge assim o presente guião no sentido de compilar e sistematizar o que se acredita serem um conjunto de boas práticas no que respeita à capacitação da pessoa idosa e família para o autocuidado da alimentação.

³ O autocuidado consiste na capacidade de cada indivíduo para o desempenho de atividades diárias realizadas em seu benefício com vista à manutenção da vida, saúde e bem-estar. O ser humano é o principal agente de autocuidado pois detém uma capacidade natural para se autocuidar, influenciada pelas aprendizagens, conhecimentos e habilidades que vai adquirindo ao longo da vida (Orem, 1991).

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM AVC COM DÉFICE NO AUTOCUIDADO DA ALIMENTAÇÃO

Muitas vezes, aquando da admissão hospitalar, a pessoa idosa já apresenta alterações no estado nutricional, podendo agravar-se com a doença e internamento, contribuindo para o aumento da morbilidade e custos com os cuidados de saúde (DiMaria-Ghalili, 2016; Nutrition Up65, 2016). Neste sentido, é fundamental realizar-se a avaliação do estado nutricional e de hidratação da pessoa idosa com AVC (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2005; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017) de modo a identificar não só sinais de alerta, mas também as causas e fatores de risco, com vista ao planeamento e implementação de intervenções adequadas (Wirth et al., 2013; DiMaria-Ghalili, 2016) de modo a evitar o declínio funcional da pessoa idosa (Pilgrim & Robinson, 2015).

Um dos instrumentos mais utilizado e validado especificamente para a população idosa é o *Mini Nutritional Assessment (MNA)* (ANEXO I). Este é um instrumento que permite a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa aquando da admissão, assim como a monitorização de alterações durante o internamento, permitindo uma intervenção atempada, evitando o declínio nutricional (Loureiro, 2008). O MNA é composto por seis questões iniciais de triagem e uma segunda parte para avaliação global composta por doze questões (Nestlé Nutrition Institute, 2017).

Esta avaliação aborda possíveis dificuldades na mastigação e/ou deglutição que a pessoa idosa possa sofrer. As dificuldades na alimentação na pessoa idosa com AVC podem ser identificadas através da observação comportamental durante as refeições (Westergren, Ohlsson & Hallberg, 2001). Caso se verifique alguma dificuldade, e particularmente em pessoas idosas com diagnóstico de AVC, após remoção de SNG antes de iniciar alimentação via oral, deverá ser realizada uma avaliação da capacidade de deglutição (Soderhamn & Soderhamn, 2008).

Para além da avaliação do estado nutricional, é importante avaliar as dificuldades na alimentação da pessoa idosa com AVC uma vez que está diretamente relacionado com graus de dependência mais elevados (Westergren,

2006; Mizrahi, Arad, Weiss, Leibovitz & Adunsky, 2013). Westergreen et al. (2001) concluíram que uma determinada dificuldade na alimentação, muitas vezes está relacionada com outras dificuldades. Por exemplo, a posição em que a pessoa come, interfere com a sua capacidade de mobilizar os membros superiores, tornando mais difícil a manipulação da comida no prato e o seu transporte à boca. A observação sistemática das refeições assim como da quantidade de alimentos ingeridos irá permitir identificar as pessoas que necessitam de maior supervisão e/ou intervenção nutricional (Medin, Windahl, Arbin, Tham & Wredling, 2011).

Neste sentido, a avaliação funcional da pessoa idosa torna-se pertinente, de modo a caracterizar o seu grau de independência. De acordo com a DGS, uma das escalas a mobilizar na avaliação da pessoa idosa com AVC é a escala de Barthel. Esta avalia o grau de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: alimentação, transferências, higiene pessoal, utilização do sanitário, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. Pode ser preenchido através da observação direta, dos registos clínicos ou pela própria pessoa, avaliando se é independente no desempenho de determinadas tarefas (Norma nº 054/2011; Apóstolo, 2012).

Preconiza-se que esta avaliação seja realizada na admissão, preferencialmente nas primeiras 24-48h de internamento e alta. Uma das escalas preconizadas para esta avaliação é o Índice de Barthel (Norma nº 054/2011; NICE, 2013). Existe outra versão que é a Escala Modificada de Barthel, que diferencia os graus de dependência (leve, moderada, severa ou total), sendo que a pessoa só pode ser considerada independente com pontuação = 100 (Apóstolo, 2012). Tendo em consideração o programa de registo informático em vigor na instituição, deverá ser utilizada a Escala de Barthel Modificada (ANEXO II).

Para além disso, a disfagia é uma das complicações mais comuns do AVC, sendo que 42-67% das pessoas com AVC apresentam disfagia (World Gastroenterology Organisation (WGO), 2014). Apesar da maioria recuperar a função normal de deglutição no primeiro mês após o AVC, alguns mantêm a disfagia para além de seis meses (Sura et al., 2012) tendo como complicações aspiração (50%), desnutrição (45%) e pneumonia (35%). A disfagia também

pode ser iatrogénica, sendo por isso importante perceber qual a causa para que se possam delinear as intervenções de modo a reduzir as complicações (Ney, Weiss, Kind & Robbins, 2009).

Apesar das consequências que advêm da disfagia, este é um problema pouco valorizado pelas pessoas idosas com AVC e pelas famílias, sendo necessário questioná-los sobre o seu comportamento durante as refeições de modo a identificar alguns sinais de alerta (Ney et al., 2009).

No entanto, apenas metade das pessoas com disfagia reconhecem a existência de alterações na deglutição, apresentando dificuldade na identificação dos sintomas não reconhecendo o problema. Neste sentido, os profissionais não podem basear-se apenas no relato da pessoa idosa com AVC e família, sendo fundamental realizar avaliação da deglutição (Parker, Power, Hamdy, Bowen, Tyrrell e Thompson, 2004). Posto isto, a avaliação da deglutição na pessoa idosa com AVC deve ser realizada nas primeiras 24h após AVC não devendo ir para além das 72h, antes de qualquer administração via oral (NICE, 2017; Burgos et al., 2018). No entanto, só 6% das pessoas com diagnóstico de AVC são submetidas a esta avaliação (Sivertsen, Graverholt & Espehaug, 2017). Caso seja identificado algum problema na deglutição a pessoa deverá ser encaminhada para um especialista na área (Burgos et al., 2018).

1.1. Sinais e Sintomas de Disfagia

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ✓ Dificuldade em iniciar a deglutição | ✓ Brincar com a comida |
| ✓ Deglutição repetitiva | ✓ Evitar comer/diminuição da quantidade de comida ingerida |
| ✓ Regurgitação nasal | ✓ Aumento do tempo que demora a completar a refeição |
| ✓ Tosse | ✓ Perda de peso inexplicável |
| ✓ Fala anasalada | |
| ✓ Redução no reflexo de tosse | |
| ✓ Engasgo | |
| ✓ Disartria e diplopia, | |

- ✓ Halitose
- ✓ Pneumonias recorrentes
- ✓ Dispneia
- ✓ Gorgolejo
- ✓ Lacrimejo
- ✓ Odinofagia
- ✓ Incapacidade de gerir a saliva (engasgo ou

(Ney et al. 2009; Sura et al., 2012; WGO, 2014)

1.2. Avaliação da Deglutição^{4, 5}

1. Colocar a pessoa o mais sentada possível com a cabeça apoiada
2. Realizar higiene oral
3. Preparar o aspirador
4. Estado de consciência (se a pessoa não está alerta, não se avança)
5. Tom de voz
6. Simetria facial (pedir à pessoa para mostrar os dentes a sorrir)
7. Se há desvio da língua à sua protusão
8. Simetria do palato
9. Se a pessoa é capaz de gerir a saliva (se engasga ou “baba”)
10. Monitorizar SpO₂ (vigiar queda 2-3%)
11. Oferecer 1 colher de sobremesa de água e avaliar sinais de disfagia (repetir avaliação 3x)
12. Oferecer 1 colher de sobremesa de água com espessante⁶ e avaliar sinais de disfagia (repetir avaliação 3x)

⁴ Trapl, M.; Enderle, P.; Nowotny, M; Teuschl, Y; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*. 38(11), 2948–2952. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.full>

Martino, R.; Silver, F; Teasell, R.; Bayley, M.; Nicholson, G.; Streiner D.; Diamant, N. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). *Stroke*. 40:555-561. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/2/555.full.pdf+html>

E nas aprendizagens adquiridas na Unidade de AVC

⁵ Nas pessoas idosas com AVC, antes de iniciar dieta oral nas pessoas que removeram SNG

⁶ Inicia consistência néctar, se não tolerar testa o mel e por fim a consistência pudim

1.3. Intervenções de Enfermagem

Ajuste da Dieta

- ✓ Recurso a espessante (disfagia a líquidos ter em atenção a consistência tolerada (néctar, mel ou pudim)
- ✓ Providenciar prótese dentária
- ✓ Não oferecer gelatina
- ✓ Alternar líquidos e sólidos para “limpar” resíduos
- ✓ Utilizar molho e condimentos de modo a tornar o bolo alimentar mais coeso e evitar que partículas vão para a via aérea
- ✓ Não misturar 2 consistências de alimentos diferentes ao mesmo tempo na boca
- ✓ Desaconselham-se produtos à base de leite e achocolatados, tendem a produzir muco em quantidade excessiva e, além disso ainda podem ser difíceis de deglutir (Clara, 2009)

(Westergren et al., 2001; Ney 2009; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)

- ✓ Fruta (textura mista) optar por ser cozida e passada
- ✓ Eliminar sólidos pulverizáveis (arroz, feijão, grão, bolos secos....)
- ✓ Sólidos fibrosos (ex: bacalhau tem de ser bem cozido desfiado e com molho)
- ✓ Sólido mole (vegetais bem cozidos reduzidos a puré)
- ✓ Carne / peixe bem cozido e picado
- ✓ Dieta Pastosa (só uma consistência cremosa, sem pedaços)

(Ambrósio, 2017)

Quando nenhuma consistência é tolerada, a via oral deixa de ser opção



Alimentação Entérica

Ajuste da Postura

- ✓ Dar preferência a sentar-se numa cadeira à mesa
- ✓ Se acamado: cabeceira a 90º
- ✓ Queixo junto do peito, evitando a hiperextensão da cabeça
- ✓ Rodar a cabeça para o lado afetado (AVC)

- ✓ Ingerir pequenas quantidades de comida
- ✓ Encerramento da comissura labial com a mão

(Westergren et al., 2001; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)

Ambiente

- ✓ Preparar o momento da refeição
- ✓ Permitir que a pessoa tenha contacto visual com a comida
- ✓ Manutenção de boa higiene oral, preferencialmente 4x/dia
- ✓ Concentrar-se na deglutição
- ✓ Evitar falar durante a refeição/deglutição
- ✓ Reduzir os estímulos em torno da pessoa
- ✓ Comer devagar
- ✓ Equipamento adaptativo
- ✓ Atenção ao odor ambiente durante a refeição

(Westergren et al., 2001; Ney et al., 2009; Perry et al., 2013; Kinkle et al., 2013; WGO, 2014)

1.4. Papel do Enfermeiro

O impacto no autocuidado da alimentação após o AVC, passa não só pelas dificuldades na deglutição, como a disfagia, mas também na preparação e transporte da comida à boca (Jacobson et al, 2000; Westergren, 2006, 2008).

- Observação comportamental durante a refeição
 - Incentivar cada pessoa a falar sobre as dificuldades e o modo como tentam lidar com elas (Medin, Larson, Arbin, Wredling & Tham, 2010).
 - Manter um ambiente calmo durante a refeição
 - Informar a pessoa e família sobre a sua situação
 - Providenciar óculos, prótese dentária, aparelho auditivo
- (Westergren et al., 2001; Perry et al., 2013; Kinkle et al., 2013)
- Explicar à pessoa o que vai ser feito
 - Providenciar prótese dentária
 - Dar tempo à pessoa para mastigar e deglutir

- É a pessoa quem controla a velocidade da refeição
- Não pressionar a pessoa a terminar a refeição ou a comer mais depressa
- Não permitir a retirada do tabuleiro de refeição sem que a pessoa tenha terminado
- Oferecer água antes, durante e nos intervalos da refeição
- Permitir que a pessoa lave/desinfete as mãos antes e depois da refeição
- Limpar a boca sempre que necessário durante e no fim da refeição
- Reforço positivo
- O cuidador deve posicionar-se no lado afetado da pessoa e ao seu nível
- Ao longo do dia oferecer copos de água à pessoa (principalmente com disfagia a líquidos)
- Articular com outros elementos da equipa multidisciplinar (médico, fisiatra, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, dietista)

(Medin et al., 2010; Perry et al., 2013)

1.5. Avaliação do Risco Nutricional

Identificar:

Perda de peso

Baixo IMC

Alterações da deglutição

Diminuição da ingesta alimentar

Suporte nutricional artificial

Úlceras por pressão

Mini Nutritional Assessment



Fatores que facilitam a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa:

diálogo, observação, vigilância e trabalho de equipa

(Soderhamn & Soderhamn, 2008)

Questões-chave no despiste de risco nutricional:

- comeu menos que o normal nos últimos 3 meses?
- tem tido perda de apetite ou dificuldade em mastigar os alimentos?
- perdeu peso nos últimos 3 meses?
- nota a roupa mais larga?
- esteve doente ou perdeu um ente querido nos últimos 3 meses?

(Nestlé Nutrition Institute (s/a))

Se a pessoa idosa não apresentar um estado nutricional normal, encaminhar para especialista em dieta ou nutrição para uma intervenção nutricional;

Até que um nutricionista esteja disponível, informar a pessoa idosa e/ou cuidador sobre como melhorar a ingestão nutricional

- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em energia / proteína (p.ex., pudins, batidos, etc.)
- Ingestão de suplementos alimentares com lanches e leite adicionais
- Caso a alteração na dieta não melhorar a ingestão nutricional do utente, poderá ser necessária a introdução de suplementos nutricionais
- Garantir uma ingestão de líquidos adequada: 6 - 8 copos por dia.

Controlar novamente todas as pessoas idosas a cada três meses. Articular as informações recolhidas com a nutricionista / médico e registar no processo do utente (Nestlé Nutrition Institute (s/a)).

1.6. Registos

Em todos as Pessoas Idosas:

- ✓ Alimentar a pessoa / Assistir a pessoa a alimentar-se / Alimentar através de SNG
- ✓ Vigiar refeição
- ✓ Administrar líquidos / incentivar no autocuidado beber / vigiar ingestão de líquidos
- ✓ Monitorizar peso 1x/semana nas pessoas idosas que deambulam
- ✓ Monitorizar o autocuidado com escala de Barthel (admissão, 7/7 dias e alta)
- ✓ Treinar o prestador de cuidados a alimentar por SNG / para o uso de equipamento adaptativo para alimentação / sobre técnica de alimentação
- ✓ Supervisionar o prestador de cuidados a alimentar por SNG / para o uso de equipamento adaptativo para alimentação / sobre técnica de alimentação
- ✓ Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar por SNG / para o uso de equipamento adaptativo para alimentação / sobre técnica de alimentação

Pessoas Idosas com Disfagia: abrir foco **Deglutição comprometido**

- ✓ Vigiar ingestão de alimentos
- ✓ Vigiar reflexo de deglutição
- ✓ Vigiar deglutição
- ✓ Instruir técnica de deglutição

Pessoas Idosas Desnutridas:

- ✓ Identificar no quadro da sala de trabalho e na folha de passagem de turno as pessoas idosas desnutridas
- ✓ Vigiar refeição - discriminar a quantidade de comida ingerida

- ✓ Monitorizar peso 1x/semana nas pessoas idosas que deambulam
- ✓ Referenciar para a dietista para ajuste nutricional

Carta de Alta/Transferência

- ✓ Mencionar o grau de dependência (Índice de Barthel e especificar no autocuidado da alimentação nas pessoas idosas que sejam dependentes neste autocuidado)
- ✓ Dieta em vigor durante o internamento e tolerância da pessoa idosa
- ✓ Peso da pessoa idosa à saída do internamento quando não vai para o domicílio
- ✓ Instruções na manipulação de SNG

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrósio, C. (2017). Disfagia – Como atuar?. In *Ciclo de Conferências em Dietética e Nutrição 2017: Cuidar o Idoso*. Hospital de Santa Maria, Lisboa. 15 de Dezembro de 2017
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Burgos, R.; Bretón, I.; Cereda, E.; Desport, J. C.; Dziewas, R.; Genton, L. ... Bischoff, S. C. (2018). ESPEN Guideline Nutrition in Neurology. *Clinical Nutrition*. 37, 354-396.
- Clara, M.C.G. (2009). *Evolução do Estado Nutricional num Doente com Disfagia no Pós-AVC, Estudo de Caso*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- DiMaria-Ghalili, R. A. (2016). Nutrition in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer & D., Zwicker. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (pp. 125-135). New York: Springer Publishing Company.
- Foster, P. & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In J., George. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática de enfermagem*. 4ª Edição. Porto Alegre: ARTMED editora. 83-101.
- Fulmer, T. & Wallace, M. (2012). Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. *Try This: Best Practices in Nursing to Older Adults*, 1.
- Hagglund, P.; Olai, L.; Stahlacke, K.; Persenius, M.; Hagg, M.; Andersson, M. ... Carlsson, E. (2017). Study protocol for the SOFIA project: Swallowing function, oral health, and food intake in old age: a descriptive study with a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 17(78), 1-8.
- Jacobson, C.; Axelsson, K.; Osterlind, P.O. & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 255-264.

- Klinke, M. E.; Wilson, M. E.; Hafsteinsdóttir, T. B. & Jónsdóttir, H. (2013). Recognizing new perspectives in eating difficulties following stroke: a concept analysis. *Disability & Rehabilitation*, 35(17), 1491-1500.
- Loureiro, M. H.V. S. (2008). Validação do Mini-Nutritional Assessment em Idosos. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Martino, R.; Silver, F; Teasell, R.; Bayley, M.; Nicholson, G.; Streiner D. & Diamant, N. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). *Stroke*, 40, 555-561. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/2/555.full.pdf+html>
- Medin, J.; Larson, J.; Arbin, M.; Wredling, R. & Tham, R. (2010). Striving for control in eating situations after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24. 772-780.
- Medin, J.; Windahl, J.; Arbin, M.; Tham, K. & Wredling, R. (2011). Eating difficulties among stroke patients in the acute state: a descriptive, cross-sectional, comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 2563–2572.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mentes, J. C. (2016). Managing Oral Hydration. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer & D., Zwicker. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (pp. 111-124). New York: Springer Publishing Company.
- Mizrahi, E.; Arad, M.; Weiss, A.; Leibovitz, A. & Adunsky, A. (2013). Eating management and functional outcome of elderly patients with symptomatic ischemic stroke undergoing inpatient rehabilitation. *Geriatrics & Gerontology International*, 13, 701-705.
- National Institute for Health and Care Excellence . (2013). *Stroke rehabilitation in adults*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Acute Stroke*. Disponível em: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke/acute-stroke#content=view-node%3Anodes-assessing-swallowing-function-and-oral-nutrition>

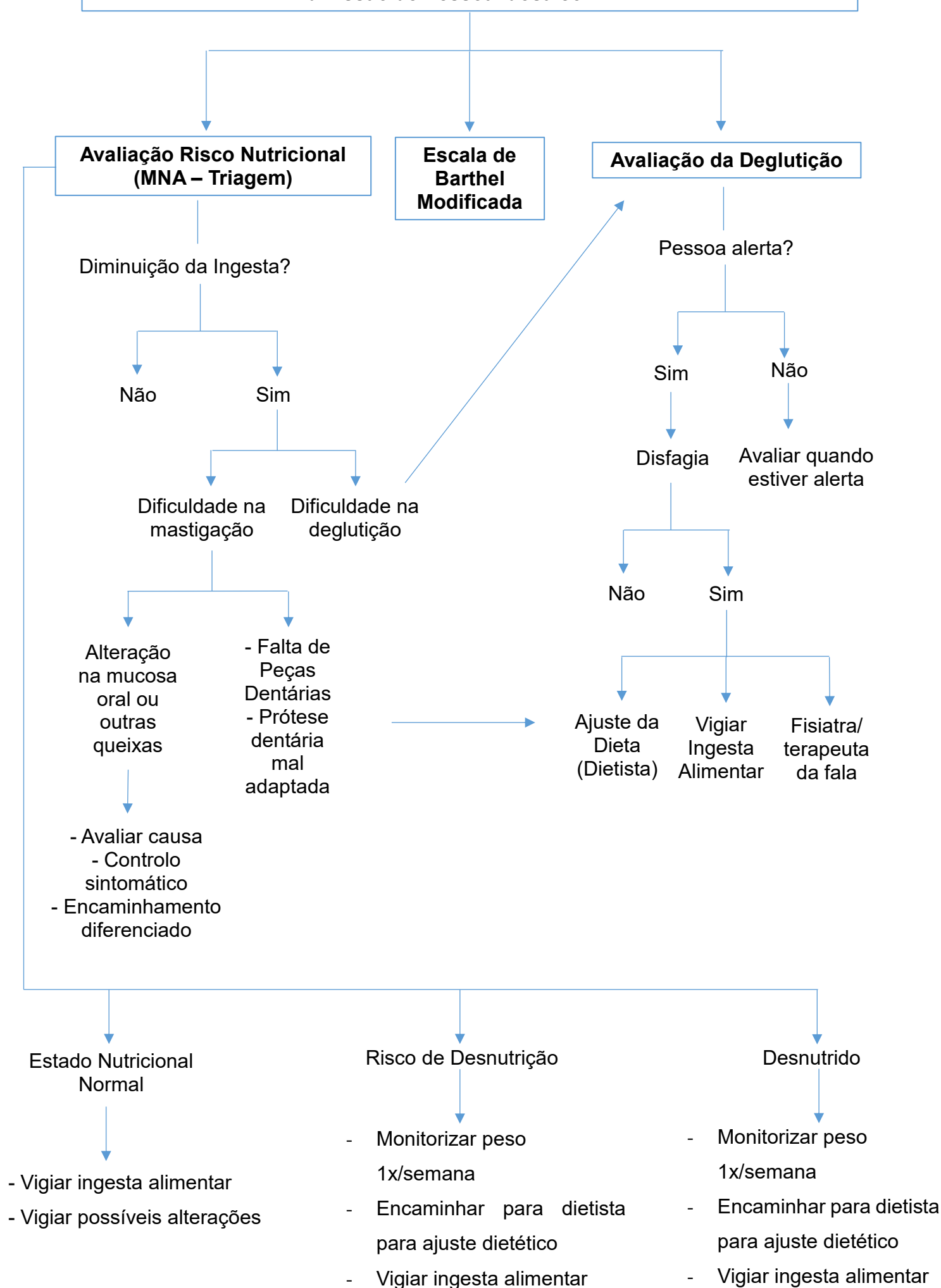
- Nestlé Nutrition Institute (s/d). Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf
- Nestlé Nutrition Institute. (2017). Mini nutritional assessment. Disponível em: <http://www.mna-elderly.com/>
- Ney, D. M.; Weiss, J. M.; Kind, A. J. H. & Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies, and Interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(3), 395-413 .
- Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>
- Nutrition Up 65. (2016). *Nutrition Up 65 Notícias: 44% dos idosos portugueses têm excesso de peso*. Disponível em: <http://nutritionup65.up.pt/2016/10/19/nutrition-up-65-nas-noticias-44-dos-idosos-portugueses-tem-excesso-de-peso>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. (3ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Parker, C.; Power, M.; Hamdy, S.; Bowen, A.; Tyrrell, P. & Thompson, D. (2004). Awareness of Dysphagia by Patients Following Stroke Predicts Swallowing Performance. *Dysphagia*, 19, 28-35.
- Perry, L.; Hamilton, S.; Williams, J. & Jones, S. (2013). Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing - Sigma Theta Tau International*, 10, 17-40.
- Pilgrim, A. & Robinson, S. (2015). An overview of appetite decline in older people. *Nursing Older People*, 27(5), 29–35.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Sivertsen, J.; Graverholt, B. & Espehaug, B. (2017). Dysphagia screening after acute stroke: quality improvement project using criteria-based clinical audit. *BMC Nursing*, 16, 27, 1-8.
- Smith, C. M. & Cotter, V. T. (2016). Age-related Changes in Health. In M., Boltz; E., Capezuti; T., Fulmer; D., Zwicker. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (pp. 23-41). New York: Springer Publishing Company.
- Soderhamn, U & Soderhamn, O. (2008). A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 431–439.
- Sura, L.; Madhavan, A.; Carnaby, G. & Crary, M. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298.
- Trapl, M.; Enderle, P.; Nowotny, M; Teuschl, Y; Matz, K.; Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*, 38(11), 2948–2952. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.full>
- Westergren, A. (2006). Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 53, 143-149.
- Westergren, A., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 416-42.
- Wirth, R.; Smoliner, C.; Jager, M.; Warnecke, T.; Leischker, A. H.; Dziewas, R. & The DGEM Steering Committee. (2013). Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Experimental & Translational Stroke Medicine*, 5(14), 1-11.
- World Gastroenterology Organization. (2014). *Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais*. WGO practice guideline. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia>

APÊNDICE I

**Avaliação da Pessoa Idosa com AVC com déficit no Autocuidado da
Alimentação**

Admissão de Pessoa Idosa com AVC



Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?	
0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses	
0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade	
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?	
0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos	
0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²	
0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	
1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?	
0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras?	
0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>

- References**
- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?	
0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome:	
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
• carne, peixe ou aves todos os dias?	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?	
0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?	
0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar	
0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional?	
0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?	
0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm	
0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm	
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

ANEXO II
Escala Modificada de Barthel (SClinico)

Janela

Internamento -

Mapa de Cuidados

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: _____ Data/Hora: _____

Higiene Pessoal: _____

Banho: _____

Alimentação: _____

Toilete: _____

Subir Escadas: _____

Vestuário: _____

Controle de Bexiga: _____

Controle de Intestino: _____

Deambulação (1): _____

Ou Cadeira de Rodas (2): _____

Transferência cadeira/cama: _____

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro: _____

Ok Cancelar

Idade: _____ anos Turno: _____ Data: _____

Dose	Realizada	N. realizada	Nota	Hora	Análises

Realizada	N. realizada	Nota	Hora	Exames

Realizada	N. realizada	Hora	Cirurgias

Barthel (20-11)

Especificações: _____

Observações: _____ Data e hora termo: _____

Módulo: _____ Episódio: _____ Serviço: _____ Data/Hora entrada: _____ Nº Cama: _____

Record: 1/1

Janela

Internamento -

Mapa de Cuidados

Escala Modificada de Barthel

Nº Internamento: _____

Higiene Pessoal: _____

Banho: _____

Alimentação: _____

Toilete: _____

Subir Escadas: _____

Vestuário: _____

Controle de Bexiga: _____

Controle de Intestino: _____

Deambulação (1): _____

Ou Cadeira de Rodas (2): _____

Transferência cadeira/cama: _____

(1) Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas
(2) Não se aplica aos pacientes que deambulam

Registro: _____

Ok Cancelar

Idade: _____ anos Turno: _____ Data: _____

Dose	Realizada	N. realizada	Nota	Hora	Análises

Realizada	N. realizada	Nota	Hora	Exames

Realizada	N. realizada	Hora	Cirurgias

Barthel

Especificações: _____

Observações: _____ Data e hora termo: _____

Módulo: _____ Episódio: _____ Serviço: _____ Data/Hora entrada: _____ Nº Cama: _____

Record: 1/1

**Apêndice XXX – Auditoria dos Registos: Escala Modificada de
Barthel de 4 de janeiro de 2018**

Auditoria Escala Modificada de Barthel 04/01/2018

Realizada auditoria dos processos a 04/01/2018, num total de 22 pessoas internadas, das quais 16 são idosos.

Identificação	Data de Avaliação	Grau de Dependência	Observações
A382	28/12	Dependência total: 14	
J487	19/12	Dependência total: 15	Pontuada cadeira de rodas
	26/12	Dependência total: 11	Pontuada deambulação
F589	18/12	Dependência total: 11	Não coerente entre CR e deambulação; não foi mudada a hora de avaliação, aparece à tarde
	25/12	Dependência total: 20	
	1/1	Dependência total: 10	
F693	21/12	Dependência moderada: 57	
	28/12	Dependência total: 10	
M791	Sem avaliação	Sem a intervenção no plano de cuidados
J879	30/12	Dependência total: 13	Não foi mudada a hora (tarde)
A1078	26/12	Dependência severa: 44	Não está justificado porque não foi realizada a avaliação
	2/1	Não foi realizada avaliação	
A1195	28/12	Dependência total: 0	
C1293	22/12	Dependência total: 0	
	29/12	Dependência total: 0	
C1474	28/12	Dependência severa: 50	Está pontuada CR e deambulação na mesma avaliação
M1571	19/12	Dependência moderada: 58	
	26/12	Dependência total: 0	Pontuada CR e deambulação
	2/1	Dependência severa: 41	
A1681	28/12	Dependência leve: 84	Está pontuada CR e deambulação
M1766	Sem avaliação	Sem a intervenção no plano de cuidados
C2075	Sem avaliação	Sem a intervenção no plano de cuidados
F2170	27/12	Dependência leve: 77	Não foi mudada a hora (tarde)
	3/1	Dependência leve: 91	
D2265	4/1	Está programada avaliação diária

Já avaliaste
o **BARTHEL**
hoje?!



**Apêndice XXXII - Auditoria dos Registos: Escala Modificada de
Barthel de 7 de fevereiro de 2018**

Auditoria realizada a 7/2 sobre a implementação da Escala Modificada de Barthel nas pessoas idosas admitidas entre 26/1 e 6/2 (total 17 admissões)

IDENTIFICAÇÃO	BARTHEL
A	✓
B	X
C	X
D	✓
E	✓
F	✓
G	✓
H	✓
I	✓
J	✓
K	✓
L	✓
M	✓
N	X
O	✓
P	✓
Q	✓

✓ Conformidade no registo

X Não conformidade/não realizada a avaliação

**Apêndice XXXIII - Auditoria “Avaliação Inicial”
de 6 de fevereiro de 2018**

Auditoria Avaliação Inicial 06/02/218

Id	Peso	Altura	Prótese Dentária	Nº Ref.	Disfagia	Apetite	Paladar
A	✓	✓	X	X	✓	X	X
B	✓	✓	X	X	X	✓	X
C	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓
D	✓	✓	X	X	✓	X	X
E	✓	✓	X	✓	✓	X	X
F	✓	✓	X	X	X	X	X
G	✓	✓	X	X	X	X	X
H	✓	✓	X	X	✓	X	X
I	✓	✓	X	✓	✓	✓	X
J	✓	✓	✓	X	X	X	X
K	✓	✓	X	X	X	X	X
L	✓	✓	X	X	X	X	X
M	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TOTAL	13	13	2	4	7	4	2

✓ Registrado

X Não Registrado